



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales**

**Maestría en Género, Desarrollo, Salud sexual y Reproductiva**

**“Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva según estrato socioeconómico de estudiantes de la Universidad de Cuenca, 2018”**

**Trabajo final de titulación previo a la obtención del  
título de Magíster en Género, Desarrollo, Salud sexual y  
Reproductiva**

**AUTORA:** Adriana Cristina Parra Contreras

C.I.: 0104967260

**DIRECTOR:** Dr. Fernando Eugenio Castro Calle

C.I.: 0101959427

**Cuenca - Ecuador**

**Mayo-2019**



## Resumen

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un tema importante a ser analizado en la sociedad mundial, su puesta en práctica apunta al desarrollo social y económico de los pueblos. Este estudio analiza los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP's) que en este ámbito esgrimen las/os estudiantes universitarias/os. Su objetivo es determinar la relación entre CAP's en Salud Sexual y Reproductiva con el Estrato Socioeconómico de las/os estudiantes de la Universidad de Cuenca.

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal de un universo de 15.653 estudiantes que acuden a las 12 facultades que conforman la institución. Se obtuvo una muestra de 680 estudiantes. Margen de error del 5% y nivel de confianza del 99%. Se aplicó una encuesta de la Universidad Nacional de Costa Rica, que aborda las dimensiones de Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH-SIDA-ETS, y Uso del Condón. Para la estratificación socioeconómica se utilizó la encuesta del INEC.

El 73,9% de los investigados proviene de los estratos Medio Alto y Medio Típico. De los estratos Medio Bajo y Bajo suman un total de 7,4%. Las cifras de CAP's "adecuados", son similares entre mujeres y hombres 65,9% frente a 65,2%. Las mujeres muestran mejores cifras de CAP's "adecuados" en los rubros de Salud Sexual y en VIH/SIDA/ETS, en tanto que los hombres evidencian mejores promedios en Salud Reproductiva y Uso del Condón. Las cifras más altas de CAP's "adecuados" en SSR se observan en el estrato socio económico Medio Alto.

**Palabras Claves.**-Conocimientos. Actitudes. Prácticas. Salud sexual y reproductiva.



## Abstract

Sexual and Reproductive Health is presented as an important issue to be analyzed in the world society and particularly in ours. Its validity and implementation underpins the social and economic development of the peoples. The present study analyzes the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP's) that in this field wield university students. The objective is determine the relationship between KAP's in Sexual and Reproductive Health with the Socioeconomic stratum of the students of the University of Cuenca.

This is a quantitative, descriptive and transversal investigation of a universe of 15,653 students that attend the 12 faculties that make up the institution. A sample of 680 students was obtained. Error margin of 5% and confidence level of 99%. The survey developed by the National University of Costa Rica, which addresses the dimensions of Sexual Health, Reproductive Health, HIV-AIDS-ETS, and Use of the Condom, was applied. For socioeconomic stratification, the INEC survey was used.

73.9% of those investigated come from the Medium High and Medium Typical strata. From the Medium Low and Low strata they total 7.4%. The figures of "adequate" KAP's are quite similar between women and men, 65.9% compared to 65.2%. Women show better figures of "adequate" KAP's in the areas of Sexual Health and HIV / AIDS / STDs, while men show better averages in Reproductive Health and Use of Condom. The highest figures of "adequate" CAPs in SSR are observed in the High socio-economic stratum.

**Key Words.-** Knowledge. Attitudes. Practices. Sexual and reproductive health.



## Índice

Abstract.....	3
Índice .....	4
Declaración de derechos .....	6
Declaración de responsabilidad.....	7
Agradecimiento .....	8
Dedicatoria.....	9
2. Fundamentación teórica .....	13
2.1 Capítulo I: Salud Sexual y Reproductiva .....	13
2.1.1 La Salud Sexual y Reproductiva y el VIH/SIDA/ETS .....	15
2.1.2 La Salud Sexual y Reproductiva y el Uso del Condón .....	18
2.2 Capítulo II: Salud Sexual y Reproductiva y su relación con las Condiciones Socioeconómicas ....	20
2.2.1 Evidencias sobre investigaciones previas sobre CAP´s en Salud Sexual y Reproductiva.....	24
2.2.2 Definiciones operativas sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP´s) y Estratos socioeconómicos.....	29
3. Metodología .....	41
3.1 Objetivos .....	41
3.1.1 Objetivo general:.....	41
3.1.2 Objetivos específicos: .....	41
3.2 Diseño de la investigación.....	42
3.3 Variables .....	43
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
3.5 Instrumentos de investigación .....	44
3.5.1 Encuesta de CAP´s en Salud sexual y reproductiva.....	44
3.5.2 Nivel socioeconómico. ....	45
3.6 Aspectos éticos .....	45
3.7 Procesamiento de datos y análisis.....	45
4. Resultados .....	47
4.1 Caracterización de la población.....	47



4.2 Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual .....	50
4.3 Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Reproductiva .....	55
4.4 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA/ETS .....	60
4.5 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el uso del condón.....	65
4.6. Promedios de CAP's "ADECUADAS" en relación a las variables Sexo y Nivel Socioeconómico. ....	71
4.7 Discusión.....	75
V. Conclusiones .....	79
VI. Recomendaciones.....	81
VII. Referencias bibliográficas .....	82
VIII. Anexos .....	85
ANEXO 1 .....	85
ANEXO 2 .....	86
ANEXO 3 .....	93
ANEXO 4 .....	96



### Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Yo Adriana Cristina Parra Contreras en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva según estrato socioeconómico de estudiantes de la Universidad de Cuenca, 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 21 de mayo del 2019

Adriana Cristina Parra Contreras

C.I: 0104967260



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Yo Adriana Cristina Parra Contreras autora del trabajo de titulación "Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva según estrato socioeconómico de estudiantes de la Universidad de Cuenca, 2018", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 21 de mayo del 2019

Adriana Cristina Parra Contreras

C.I: 0104967260



## **Agradecimiento**

A todas aquellas mujeres que a lo largo de la historia no se rindieron ante la lucha constante por reivindicar nuestros derechos, pues gracias a ellas hoy es posible mi formación académica.



## **Dedicatoria**

A Emiliano Andrés, mi luz.



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La salud sexual y reproductiva es una temática de trascendencia. Su vigencia y puesta en práctica apuntala el correcto desarrollo social y económico de los pueblos; bajo esta lógica y gracias a la lucha de distintos movimientos feministas es que, en 1994, en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo” (CIPD), auspiciada por las Naciones Unidas y celebrada en la ciudad de El Cairo, se logra incluir a la salud sexual y la salud reproductiva como un derecho a ser garantizado por los Estados (Naciones Unidas, 1994)

Entre los acuerdos de la CIPD, destaca aquel relacionado con la conceptualización de la salud sexual y reproductiva entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social en relación a la sexualidad. Dicha conferencia promulga además el derecho de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, como un fin en sí mismo y no enlazada a la procreación, enfatizando en que, tanto hombres como mujeres tienen derecho a decidir sobre cuándo y cuántos hijos tener, así como a ser informados sobre métodos de anticoncepción y tener acceso a ellos (Naciones Unidas, 1994)

Por su parte, cada sociedad y colectivo humano, en su momento histórico propio, ha experimentado diferentes entendimientos de lo que es la salud sexual y reproductiva, los cuales están matizados por determinantes de orden social, económico y cultural. En este sentido, las percepciones que sobre la temática muestran las y los estudiantes de la Universidad de Cuenca, sin duda obedecerán a su propio proceso histórico y con seguridad estarán atravesadas por determinantes similares.



El presente estudio está orientado a revelar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's) que sobre salud sexual y reproductiva, esgrimen, se predisponen y ejecutan las y los estudiantes de la Universidad de Cuenca, a la vez que se propone revelar la relación existente entre dichos CAP's y las condiciones socioeconómicas de los sujetos de estudio.

Como antecedentes podemos señalar algunas investigaciones nacionales que a su tiempo se han encargado de revelar datos importante y que a la vez se constituyeron en motivantes para la ejecución de nuestra propuesta investigativa. Una de ellas es la encuesta ENSANUT<sup>1</sup>(2012) que demostró que en nuestro país, las mujeres de las áreas rurales tenían un mayor número de hijos/as, situación que se encontraba mediada por el grado de instrucción, tanto así que en aquella mujeres sin ningún grado instrucción formal, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) era de 4.4 muy superior al 2.1 de las que habían accedido a un nivel de educación superior. Lo antes dicho, dejan en claro que determinantes como la escolaridad y la pobreza tienen una incidencia importante en la salud sexual y reproductiva (MSP, 2017). Esta última fuente revelaba también que en nuestro país, la edad promedio para el inicio de las relaciones sexuales era de 18,4 años.

En el contexto local, se evidencia con mucha seguridad la casi inexistente investigación sobre el tema, y más aún en el ámbito universitario, constituyéndose así en una motivación más para la ejecución de esta propuesta.

Por otra parte, es conocido que los estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP's) resultan de gran utilidad cuando se pretende desentrañar aspectos del ámbito social, y mejor aún si se logra cruzar la información con la variable socioeconómica, lo que permite una conocimiento mucho más integral del problema investigado.

---

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición



Con base en el problema planteado, se generan las siguientes preguntas de investigación:

*¿cuáles son los CAP's que sobre salud sexual y reproductiva poseen y ejecutan los/as estudiantes de la Universidad de Cuenca? ¿Cuál es la relación entre CAP's y estrato socioeconómico en los sujetos de estudio?*



## 2. Fundamentación teórica

### 2.1 Capítulo I: Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad humana, se ha convertido en un tema de discusión tanto a nivel social, cultural y político, lo cual ha dado lugar a la creación de diversos movimientos sociales alrededor del mundo, los mismos que han generado distintas propuestas conceptuales y teóricas, así como la reivindicación de derechos, en especial, los derechos sexuales y reproductivos. (Núñez, Ponce, & Woolfolk, 2015)

El concepto y enfoque de salud sexual y reproductiva, emerge de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo Humano (CIPyD), celebrada en El Cairo en 1994, en donde se plantea que la personalidad humana se expresa de varias maneras. Una de ellas, de carácter esencial, es la sexualidad, que influye en los pensamientos, los sentimientos, las relaciones y los actos que contribuyen a generar la energía que impulsa a las personas a buscar el amor, el contacto, la calidez y la intimidad, con lo cual obtienen la salud física y mental.

En dicha conferencia se señalaba que, para tener una buena salud sexual y reproductiva es importante que las personas reciban información adecuada, independientemente de su edad, sexo o grupo social. Se enfatiza también en la importancia del acceso a métodos anticonceptivos, así como a recibir atención de calidad y calidez y su incorporación a programas de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2017).

En el programa de acción de la CIPyD, se identifica como novedad, el abordaje de la sexualidad, que no deja de estar mediado por el ámbito reproductivo, pero que sin embargo hace énfasis en su importancia para el correcto desarrollo social y económico de los pueblos; de



este modo el documento de la ONU (1994), manifiesta que el objetivo de la salud sexual, “es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”, siendo esta visión la cual desliga de alguna manera la relación simbiótica que ha mantenido por siglos la sexualidad con la reproducción.

Por su parte, la salud reproductiva es definida como: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Así mismo, se reconoce a la salud reproductiva con la posibilidad del disfrute de la sexualidad desde la óptica del placer sin que ello esté ligado a la procreación, y asegurando la libertad de que esta última pueda tener lugar o no, en el momento o con la frecuencia con la que la persona lo decida (ONU, 1994).

Sin embargo, para Ramos Padilla (2006), la legislación referente a los temas de sexualidad y reproducción, así como el acceso a información sobre derechos y planificación familiar, no es suficiente para un amplio porcentaje de mujeres en el mundo, más aún si aquellas no pueden tener las condiciones necesarias que les permitan ejercer sus derechos, condiciones tales como: equidad de género, la misma que se traduce en igualdad de oportunidades, de acceso a la educación, atención de salud adecuada y oportuna, así como mujeres empoderadas capaces de hacerle frente a los distintos procesos patriarcales que tienen lugar en nuestras sociedades.

Desde el punto de vista teórico, Foucault (como se citó en Weeks, 1998) enfoca a la sexualidad como una “relación de elementos”, la misma que está determinada por prácticas y actividades que dan lugar a sus propios significados, así como por una estructura social definida



históricamente en gran medida por las influencias precristianas y cristianas, llegando así a una composición conceptual en el presente, que tiene diversas consecuencias en el mundo moderno.

Bajo esta lógica y en concordancia con párrafos anteriores, Weeks (1998) manifiesta que las políticas sexuales no pueden ser la únicas alternativas de intervención social, esto debido a que el mundo moderno está conformado por una serie de contradicciones que en muchos casos imposibilitan su ejecución. Por ello, Weeks exhorta a reconocer las diversas formas de sexualidad (“sexualidades de clases”, “sexualidades específicas de género”, “sexualidades raciales” y “sexualidades de lucha y elección”), ya que para él la sexualidad “es un proceso continuo que simultáneamente actúa sobre nosotros y del que somos actores, objetos del cambio y sujetos de esos cambios” (p.46)

### **2.1.1 La Salud Sexual y Reproductiva y el VIH/SIDA/ETS**

El tema de la salud sexual y reproductiva, se encuentra íntimamente ligado al conocimiento y manejo de las ETS y dentro de estas al VIH /SIDA.

Desde los primeros casos de infección por VIH detectados en 1983 (Chávez & Castillo, 2013) hasta la actualidad, la infección se sigue reproduciendo a través del mundo, constituyéndose en uno de los problemas de salud pública más importantes, de tal modo que para el 2017 se han detectado 36,9 millones de personas que viven con VIH y 21,7 millones de ellas se encuentran bajo tratamiento antirretrovírico(ONUSIDA, 2019).

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ataca directamente al sistema inmunológico, lo cual hace que las defensas del cuerpo disminuyan frente a cualquier tipo de infección, enfermedad o incluso ante ciertos tipos de cánceres, los que una persona con salud plena podría



combatir. El momento de la aparición de los síntomas, en mucho va a depender de la personas. Algunas ignoran que son portadoras del virus y las primeras manifestaciones de la enfermedad pueden asomar en etapas más avanzadas; en otras ocasiones, en cambio, se puede manifestar en las primeras semanas del contagio con síntomas comunes como una gripe que incluye, dolores de cabeza, fiebre, inflamación de la zona faríngea, entre otros (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

La infección como tal presenta tres etapas: la primera, que consiste en la infección aguda; la segunda, la infección crónica; y la tercera el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como tal, dichas etapas se explicaran a continuación:

- Infección aguda por VIH: es la etapa más temprana, por lo que si ésta se manifiesta lo hará entre las 2 a 4 semanas de haber adquirido la infección. En este momento el virus empieza a reproducirse de manera acelerada en el cuerpo, atacando los glóbulos blancos (linfocitos CD4), que son las células que luchan contra la infección. Al ser un periodo de alta concentración del virus en la sangre, el riesgo de transmisión es muy alto.
- Infección crónica por VIH o fase de latencia: durante esta etapa la concentración del virus en la sangre de la persona portadora disminuye, sin embargo no deja de reproducirse y se mantiene el riesgo de transmisión. Esta fase suele ser asintomática y de no recibir tratamiento antirretroviral la infección evolucionaría a SIDA en un plazo de entre 5 a 10 años.
- El SIDA: esta es considerada la última fase de la infección por VIH, en este momento el virus ya ha destruido el sistema inmunológico de la persona. De este modo, el análisis en sangre que contendrá un recuento de linfocitos CD4 menor a 200/mm<sup>3</sup>, por lo que si una



persona con SIDA permence sin tratamiento su expectativa de vida estaría alrededor de 3 años (INFOSIDA, 2019). Esto responde a que la persona al contar con un sistema inmune en las condiciones descritas, se encontrará completamente vulnerable a cualquier infección oportunista.

Para que una persona pueda contagiarse con VIH es necesario que mantenga un intercambio con los líquidos corporales de un portador/a, estos líquidos son: la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales, además de la transmisión vertical la misma que ocurre de madre a hijo/a y que puede darse durante el embarazo o durante el parto. Por lo que aquellos contactos que ocurren en la vida cotidiana tales como besos, abrazos, apretón de manos, compartir objetos de uso personal, entre otros, no constituyen mecanismos de transmisión del virus (OMS, 2018; Lam & López, 2016).

Así mismo, la OMS (2018) plantea algunas prácticas y comportamientos de riesgo frente a la infección de VIH, entre ellas están: la falta de uso de preservativo durante las relaciones sexuales anales o vaginales, haber adquirido previamente otra enfermedad de transmisión sexual (ETS), hacer uso de drogas inyectables compartiendo las jeringuillas y agujas, recibir transfusiones sanguíneas o transplantes sin las normas y protocolos médicos adecuados, lesionarse de manera accidental con material contaminado.

Lamentablemente, debido a ciertas características propias de la enfermedad las personas portadoras de VIH/SIDA, han sido víctimas de exclusión social por ser consideradas una amenaza para la salud de los demás. A su vez este tipo de estigma se ve apoyado gracias a que constantemente se ha asociado la epidemia del VIH/SIDA con ciertos grupos de personas como son homosexuales, usuarios/as de drogas y minorías étnicas (Marzán & Varas, 2010) y a quienes



según Bermúdez, Bran, Palacios, & Posada(2015) se los ha colocado de manera indiscriminada dentro de la categoría “grupos de riesgo”, siendo esto uno de los mayores obstáculos por lo que muchas de las personas portadoras del virus no han tenido acceso a servicios de salud eficientes y de calidad, lo cual constituye una seria barrera que es importante vencer, si se pretende alcanzar uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que plantea acabar con el virus del VIH hasta el 2030.

### **2.1.2 La Salud Sexual y Reproductiva y el Uso del Condón**

El condón ha sido considerado como uno de los principales métodos anticonceptivos y que actúa a la vez como preventivo de ETS y en particular del VIH. En este acápite nos referimos únicamente al de uso masculino.

El condón masculino es definido por la OMS (2018) como una “vaina” o “cubierta” que se coloca en el pene erecto, por lo que actúa como una berrera que impide que los espermatozoides expulsados producto de una eyaculación, tengan contacto con el óvulo. Debido a esta descripción es que el condón masculino se ubica dentro del grupo de métodos anticonceptivos de barrera, junto con otros métodos femeninos como: espermicidas, capuchón cervical y diafragma, teniendo en cuenta que entre todos ellos, el condón masculino es el de más fácil acceso, uso y eficacia (Peláez, 2016). En este sentido, la OMS (2018) afirma que la efectividad del preservativo sería del 98% si este es usado de manera correcta y en todas las relaciones sexuales, previo a cualquier contacto íntimo. En cambio, cuando el uso no es sistemático y adecuado, podría estar asociado a tasas de embarazo del 12% o más (Peláez, 2016).

Por otra parte cabe señalar la importancia que tiene el uso del condón método para evitar el contagio con las llamadas ETS.



Es importante además considerar la posibilidad de ruptura del condón masculino, situación de la que deberían estar informados todos los usuarios de este tipo de método anticonceptivos, lo cual les permitiría llevar a cabo acciones que contrarresten el riesgo de embarazo y/o contagio con ETS. Es así que frente a una situación de este tipo, el primer paso es cambiar inmediatamente el condón y posterior a ello utilizar anticoncepción de emergencia, teniendo presente que podría existir un posible contagio de alguna enfermedad transmisible.

La OMS (citado en Jácome, 2017) redactó en el 2005 algunas normas de uso adecuado del condón, entre las que destacan: usar un condón nuevo por cada contacto sexual que se mantenga, siendo cuidadoso/a al momento de abrir la envoltura; para colocarlo se pondrá el preservativo en la punta del pene erecto para luego desenrollarlo hasta la base del mismo, cubriendo todo el órgano reproductor. Es importante que durante el acto sexual exista una buena lubricación lo cual evitará posibles roturas del condón, para ello es posible usar lubricantes con base de agua. Finalmente, el preservativo debe ser retirado del pene aún erecto, inmediatamente luego de la eyaculación y desechado de manera segura.



## 2.2 Capítulo II: Salud Sexual y Reproductiva y su relación con las Condiciones Socioeconómicas

La Salud como ya ha sido definida en el capítulo anterior, no solo implica la ausencia de enfermedad, es decir, no se trata de un concepto estrictamente biológico e individual, la salud está condicionada por distintos determinantes sociales y económicos que definen la calidad de vida de una persona y/o una comunidad, y que a su vez dan lugar a las desigualdades en salud y la exclusión, permitiendo en unos casos obtener beneficio de sus servicios durante todas las etapas de la vida (Palomino, Grande, & Linares, 2014). De ahí que el factor socioeconómico es un determinante clave de la salud humana en general y por qué no de la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, el factor socioeconómico está íntimamente relacionado con a génesis de la desigualdad en salud; así, Daponte (como se citó en Palomino, Grande, & Linares, 2014) señala que aquellos grupos poblacionales que mantienen una posición socioeconómica de ventaja son los que obtienen mayores beneficios de las políticas y servicios sanitarios.

Bajo esta lógica Amartya Sen (2002) afirma que la “equidad en salud” no solo da cuenta de la forma en la que los servicios de salud están distribuidos, sino también la forma en la que los recursos económicos han sido asignados socialmente. Esto nos muestra claramente que, la riqueza económica, el nivel académico, el grupo étnico, el lugar de residencia, condiciones de vivienda, entre otros; tienen un impacto importante sobre la desigualdad en salud.

Por su parte, la OMS (como se citó en Palomino, Grande, & Linares, 2014) hablando del Modelo Socioeconómico de Salud (Figura 1), intenta explicar la forma en la que interactúan los distintos determinantes sociales. Dicho modelo plantea, de manera gráfica, en la parte central, a la persona

con sus elementos constitutivos que afectan en su salud y que no se pueden modificar, sobre ellos se ubican aquellos elementos modificables en el siguiente orden:

1. estilos de vida,
2. redes sociales y comunitarias,
3. condiciones de vida y trabajo,
4. condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

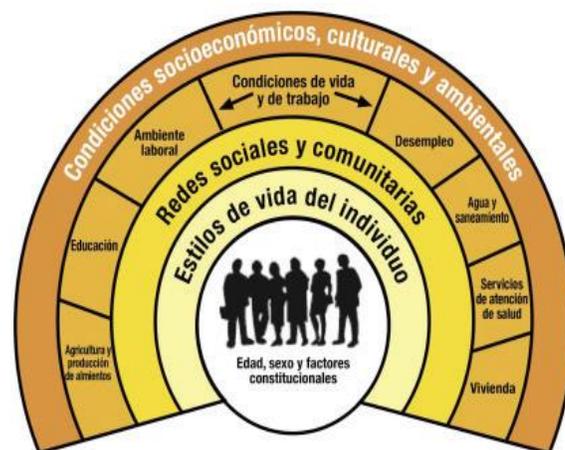


Figura 1.- Modelo Socioeconómico de Salud  
FUENTE: Palomino, Grande, & Linares (2014)

Por lo tanto, el análisis del modelo expuesto nos revela que el accionar de las condiciones socioeconómicas y su estratificación, a pesar de tener un carácter estructural de inequidad en salud, tienen un efecto menos directo sobre la salud de los individuos, siendo parte intermediaria otros elementos anteriormente enumerados.

Sin embargo, existe un elemento dentro de los determinantes contextuales que no está siendo considerado como parte de este análisis y es la desigualdad de género; el mismo que merece ser



analizado, ya que la calidad de vida y la salud de las mujeres se ve seriamente afectada por este fenómeno social. Para Ríos (2014) uno de los resultados de la “globalización económica” es la “feminización de la pobreza” lo cual ha dado lugar a que muchas mujeres jefas de hogar busquen diversas alternativas de ingresos económicos exponiéndose a situaciones laborales precarias, migración y explotación sexual.

Éstas mismas mujeres son aquellas que son excluidas de los servicios de salud y cuyos requerimientos han sido invisibilizados o minimizados en su importancia. En este sentido, en muchas ocasiones, el sistema de salud vigente desconoce el contexto sociocultural como un determinante contextual que permite definir la causalidad de las enfermedades, situación que impide a las/os funcionarios/as en salud proceder con intervenciones oportunas.

Según Mendoza, et al. (2013) en toda Latinoamérica las condiciones de inequidad en cuanto a salud sexual y reproductiva se hacen mucho más evidentes en las mujeres indígenas, sobre todo si se tiene en cuenta indicadores como: embarazo adolescente, fecundidad y asistencia a la salud materna. Esto lo podemos corroborar en el contexto ecuatoriano con las estadísticas proporcionadas en el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (MSP, 2017) en donde se muestra que las tasas de analfabetismo son mayores en las mujeres con 7,7% en comparación con los hombres que es de 5,8%; cuando hablamos de mujeres indígenas se identificó el 23% de analfabetismo en ellas, en relación al 11% de hombres indígenas en esta misma condición.

Así mismo, en concordancia con lo que se manifiesta en párrafos anteriores acerca de las jefas de hogar, los hogares que poseen estilo de jefatura femenino, se caracterizan por ser más pobres, que los que poseen jefatura masculina.



En el mismo sentido, el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (MSP, 2017) indica que la tasa de fecundidad y el número de hijos/as por mujer, es mayor en aquellas mujeres de las áreas rurales así como en aquellas que pertenecen a los quintiles de pobreza más bajos.

Por otra parte, en cuanto a la epidemia del VIH, este mismo Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (MSP, 2017), pone de manifiesto que el virus se concentra en aquellas grupos poblacionales que “están expuestos al riesgo”, colocando dentro de esta categoría a las personas transfemeninas, homosexuales y trabajadoras sexuales. Lo cual también debería ser un elemento de análisis, ya que probablemente la orientación sexual y/o forma de ejercer la sexualidad no sean los motivos de contagio frecuente, sino la falta de políticas de salud que atiendan y orienten a estos grupos de personas, quienes son parte de las minorías poblacionales e históricamente excluidas y/o discriminadas.

Otra situación que genera preocupación es el limitado alcance de los tratamientos antirretrovirales por parte de las unidades de salud hacia las personas infectadas, mostrando que en el 2015 de un total de 33.000 personas que viven con VIH en el Ecuador sólo el 50% de ellas se encontraban en tratamiento (MSP, 2017).

De igual manera, se muestran cantidades importantes de personas contagiadas a lo largo del mundo, así lo indican las cifras de la OMS, que revela que para finales del 2016 existieron 36,7 millones de personas infectadas, de las cuales más del 69% se ubican en las regiones de África (OMS, 2019). Estas cifras, son una muestra más de la inequidad en salud y de la influencia de las condiciones socioeconómicas, así como de los determinantes que esta categoría contiene, en la vivencia de la salud.

En este mismo sentido, Pernaz & Cárcamo (2015), manifiestan de manera novedosa respecto a lo expuesto en el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que las mujeres son las



más vulnerables frente a la infección por VIH, esto debido a razones de carácter social, cultural, económico y biológico, por lo que mejores condiciones de vida, asociadas a un mejor nivel socioeconómico, así como el acceso a la educación e información oportuna contribuirán a un mejor conocimiento de la enfermedad, aunque con menor efecto que si sólo se propiciara un correcto uso de los preservativos.

Sin embargo y a pesar del contexto descrito, el VIH y demás problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva, no ha dejado de ser un motivo de preocupación de los Estados a nivel mundial, es así que con base a estas realidades, las Naciones Unidas (2016) elaboró La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la misma que contempla entre algunas de las metas del Objetivo 3, el progreso en el campo de la salud sexual y reproductiva, al plantearse la disminución de la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, erradicar la epidemia del SIDA y otras enfermedades transmisibles hasta el 2030 y garantizar el acceso universal a servicios de salud orientados a la sexualidad y reproducción.

Así mismo el Objetivo 5 del mismo documento, se constituye en un llamado a la búsqueda de la igualdad de género y la lucha por el empoderamiento de mujeres y niñas, como forma de erradicar la violencia y la discriminación hacia el género femenino en todas sus formas y espacios.

### **2.2.1 Evidencias sobre investigaciones previas sobre CAP's en Salud Sexual y**

#### **Reproductiva**

En el Ecuador la población estimada para el 2016 fue de 16'613.279 personas, siendo las mujeres el 50.5%. De ellas 1'069.988 ejercen la jefatura del hogar y el 55.5% se encuentran en edad fértil. El analfabetismo afecta al 7.7% de ellas, siendo más acentuado en la zona rural y en



la etnia indígena. Las mujeres y los hogares cuya jefatura es femenina muestran mayores niveles de pobreza que los hombres, lo que refleja una sociedad de inequidad (MSP, 2017).

En el contexto local, no se han realizado investigaciones de CAP's en salud sexual y reproductiva con estudiantes universitarios/as, sin embargo vale mencionar el trabajo realizado por el proyecto CERCA de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en el año 2011, que elaboró un análisis situacional de los determinantes para el comportamiento sexual y reproductivo de un grupo de adolescentes, llegando a concluir que los factores que están relacionados con el embarazo en este segmento poblacional se encuentran relacionados con la falta de información en temas de sexualidad, falta de acceso a los servicios de salud y falta de comunicación con sus padres/madres o adultos (Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents. CERCA, 2011).

Algunas cifras que se señalan en el referido estudio muestran un promedio de inicio de las relaciones sexuales de 15 años, evidenciándose la presencia de personas que tuvieron su primera relación sexual aún antes de los 10 años. Muchos adolescentes afirmaron haber sido presionados/as para tener relaciones sexuales y en tanto que otro grupo afirmó haber tenido estas relaciones sin encontrarse enamorados/as (CERCA, 2011). Estas observaciones nos hacen pensar en la necesidad de profundizar en el estudio de los factores determinantes de las situaciones planteadas.

En el contexto nacional, es importante mencionar algunos datos revelados en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 y que se refieren a la encuesta ENSANUT<sup>2</sup> 2012, donde se señala que en nuestro país el inicio de la vida sexual se ubica entre los 15 a 19 años, lo cual pone

---

<sup>2</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición



en riesgo a los/as adolescentes si es que no poseen información y formación adecuada, ubicándolos en situación de vulnerabilidad y riesgo constante de adquisición de ETS, embarazos no deseados, violencia, discriminación y daños emocionales y psicológicos. Se dirá también que, las mujeres de entre 20 a 24 años y 25 a 29 años muestran las tasas más altas de fecundidad. El mencionado Plan concluye que determinantes tales como residencia, escolaridad, pobreza y etnia están directamente relacionados con la Tasa Global de Fecundidad. En lo que se refiere a uso de métodos anticonceptivos ENSANUT 2012 señala que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 7%, afectando más a mujeres indígenas y afroecuatorianas; los anticonceptivos preferidos son los implantes subdérmicos, seguido de inyectables y esterilización femenina (MSP, 2017).

Importante resulta destacar las cifras que se revelan en torno a la muerte materna, señalando que en nuestro país el 16.5% de las mismas están relacionadas con el aborto. En cuanto a VIH/SIDA/ETS, la misma fuente señala que la prevalencia en Ecuador es de 0.3% (33.000 personas), y califica a los grupos de personas trans femeninas, hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales como los más afectados, aunque se debe mencionar que la misma fuente señala que este no es un estudio representativo (MSP, 2017).

En el contexto internacional, referiremos el estudio de González (2009) realizado en colegios públicos en la localidad de Suba-Colombia con adolescentes entre los 10 y 19 años, en el que se encontró que los varones inician su vida sexual a los 13 años, mientras que las mujeres lo hacen a los 14 años de edad, además, se evidenció que las mujeres tienen menor frecuencia de relaciones sexuales y menor número de parejas sexuales. A pesar de ello las mujeres han sido



mejor informadas sobre anticoncepción. En esta investigación los sujetos de estudio pertenecieron en su mayoría a los estratos socioeconómicos más altos.

Por su parte, Mosquera & Mateus(2003)en un estudio sobre “Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes” realizado en Palmira – Colombia con adolescentes entre 12 y 18 años de edad, encontraron que entre los métodos anticonceptivos, el condónes el más popularizado (81.9%), y que existen vacíos de conocimiento en cuanto a las formas de infección y maneras de evitar el contagio de ETS y VIH-SIDA. El estudio cruzó variables sociodemográficas tales como: pertenencia a grupos, con quién vive, edad del padre, edad de la madre, práctica religiosa.

Resulta interesante también el estudio de Ruiz, Beltrán, Latorre, & Ruiz (2010), realizado en Bogotá – Colombia, quienes hicieron una asociación entre los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva que tienen o deberían tener los estudiantes de medicina y las prácticas sexuales saludables, encontrando que a pesar de que los estudiantes de medicina tienen conocimientos en temas de cuidado de la salud sexual y reproductiva no existió diferencias en cuanto al uso del condón, prácticas anticonceptivas, presencia de ITS, antecedentes de embarazo, ni prácticas de autocuidado con otros jóvenes que no poseían el mismo conocimiento. El estudio revela la preocupación que existe sobre la presencia de jóvenes que perteneciendo a las clases socioeconómicas más altas, tienen conocimientos limitados y exhiben conductas de riesgo.

Gómez, y cols. (2014), investigando sobre la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, encontró que los mismos a pesar de tener información previa sobre métodos de planificación familiar, salud sexual y ETS, estaban muy desinformados sobre formas de transmisión del VIH, pruebas serológicas para la detección de ETS y conductas sexuales de



riesgo; además, como datos alarmantes, se encontró que el 21,6% de los participantes experimenta violencia física y el 4,6% violencia sexual. Sobre la primera se señala que la frecuencia más alta se encontró en estudiantes de las carreras de ciencias exactas e ingenierías.

Así mismo, Díaz, Arrieta & González (2014) en su estudio “Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012”, encontró que el 8.5% de los/as estudiantes reportaron embarazo, siendo el 79.5% de ellos/as, embarazos no deseados. Adicionalmente, la prevalencia de aborto encontrada fue del 6.7% y el 47.2% fueron inducidos. El 2.8% manifestó haber sido diagnosticado alguna vez con una ETS, siendo este hecho mayoritario en las mujeres. El estudio refiere en términos generales que las cifras son mayores en los estratos socioeconómicos más bajos.

Por su parte Cardona Arias, Hernández, Suárez, & Zapata(2015) al investigar acerca de “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en estudiantes de educación media de Medellín” encontraron de manera general un perfil de CAP’s satisfactorio, aclarando que el número de hombres que están expuestos a situaciones sexuales de riesgo prevalece por sobre las mujeres, planteando una probable asociación de esta situación con patrones machistas de comportamiento. Además el estudio muestra que la falta de conocimiento respecto del tema se relaciona directamente con bajos niveles de escolaridad de los hogares de origen y la falta de información sobre Salud Sexual y Reproductiva.

Finalmente, mencionaremos a Rodríguez, Sanabria, Contreras, & Perdomo (2013) quienes investigando la misma temática en su estudio denominado “Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios” en la Habana – Cuba, encontraron falencias en cuanto a los conocimientos relacionados con la salud



sexual, métodos anticonceptivos y medidas de prevención para no contraer una ETS; así mismo se señala que sobresalieron actitudes impregnadas por la falta de valores, estereotipos y aspectos culturales.

## **2.2.2 Definiciones operativas sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP's) y Estratos socioeconómicos**

### **2.2.2.1 Conocimientos**

Para fines operativos de la presente investigación, resultó de trascendental importancia el clarificar qué se entendería por conocimientos, señalando que esta definición está íntimamente relacionada con lo que se conoce como cognición social, y que hace referencia a la forma en la que las personas como miembros de una sociedad y cultura, perciben y describen el mundo tanto de forma individual como dentro de las interacciones sociales (Condor & Antaki, 2000), por lo que el grupo será muy influyente al momento de estructurar los distintos esquemas cognitivos sobre situaciones sociales diversas, y en el caso concreto sobre la Salud Sexual y Reproductiva.

En este sentido, Van Dijk (2016) aclara que, el conocimiento que hemos acumulado a largo de nuestra vida se encuentra conformando la base de toda cognición, es decir, de todo pensamiento, comprensión, acción, interacción y discurso, además que este se ajustará a los criterios epistémicos, desarrollados históricamente dentro de cada organización social.

Este “conocimiento socialmente compartido”, como lo llama Van Dijk (2016), esta actuando en la configuración de esquemas mentales personales los mismo que determinarán nuestra forma de percibir, interpretar y explicar distintas situaciones. Aquel conocimiento que no proviene de la experiencia personal, se adquiere a través del discurso, y el discurso solo puede ser creado y



comprendido si la persona que lo hace, cuenta con un “conocimiento socialmente compartido” realmente extenso.

Es por ello que, de manera muy visible, el conocimiento se ubica como un elemento de poder, lo cual está demostrado en la forma en la que muchos de los grupos sociales privilegiados tienen acceso al mismo y por tanto a la posibilidad de maniobrar el discurso público de acuerdo a sus intereses, ya sean estos políticos, sociales y/o económicos; y en consecuencia, manipular también las acciones de los demás (van Dijk, 2016). De este mismo modo, es como de alguna manera, los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva han sido manipulados históricamente como forma de ejercer control y poder sobre los cuerpos de las personas, en especial sobre los cuerpos de las mujeres.

Finalmente, es importante tomar en cuenta que no siempre es posible formar un esquema cognitivo de forma clara, el mismo que esta basado en relaciones conceptuales; esto debido a falta de información o interferencia de otros elementos (ambientales y/o personales); a pesar de ello esto no será un limitante para que una persona tome postura ya sea favorable o desfavorable ante una determinada situación (Vargas Ruiz, 2007), en este caso frente a la salud sexual y reproductiva.

#### ***2.2.2.2 Actitudes***

Al igual que con los conocimientos, en este acápite tratamos de ligar los constructos teóricos relacionados con lo que son las actitudes, adaptándolas en este caso a la Salud Sexual y Reproductiva.



El estudio de las actitudes han constituido por décadas una de las aristas para la psicología social, esto en cuanto para muchos profesionales de la psicología, las actitudes no solo sirven para explicar la conducta humana, sino en algunas ocasiones, también para predecir el tipo de conducta que el individuo manifestará en concordancia con el tipo de actitud que la persona tiene frente a un suceso o contexto específico (Whittaker, 2013).

De cara a estos estudios, se encuentran las teorías clásicas de formación de las actitudes, las mismas que ponen en manifiesto que aquellas son producto del aprendizaje tal como sucede con cualquier otra respuesta condicionada, ya sea de forma clásica o instrumental. En el sentido del condicionamiento clásico, la respuesta (actitud) se corresponde a la asociación del estímulo condicionado con el incondicionado; esto sin explicar los procesos que median dicha asociación. Mientras que por parte del condicionamiento instrumental, una actitud podría ser reforzada al venir acompañada de consecuencias positivas y por ende tendiente a repetirse (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2006)

Una de las primeras definiciones de conducta, la construye Allport (como se citó en Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2006), considerándola como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”. En este sentido, desde la propia interpretación diríamos que se trata de un constructo de tipo subjetivo, determinado y organizado por las diversas experiencias del individuo, las mismas que pueden darse en distintos niveles (cognitivo, conductual, afectivo) y que le permitirá a la persona posesionarse frente a una situación específica, aprobándola o no.



Es tal la importancia que se le ha otorgado al estudio de las actitudes que la literatura muestra una infinidad de definiciones acerca de las mismas, motivo por el cual Berkowitz (como se citó en Whittaker, 2013) propone dividir dichas definiciones según las tres siguientes características:

1. **Afectividad:** se refiere a aquellas definiciones que consideran a la actitud como una reacción afectiva, por lo tanto, una actitudes favorable o desfavorable dependerá de los sentimientos que experimente la persona frente a determinado objeto (agrado - desagrado). Estas definiciones son llamadas también unidimensionales.
2. **Acción:** es decir las que consideran a la actitud como una tendencia a actuar de uno u otro modo en específico.
3. **Combinación de componentes:** en donde se considera que en la actitud es una combinación de la cognición, afecto y el aspecto conativo-conductual; y los tres componentes mantienen una dinámica de influjo entre ellas, es decir, son entidades separadas que se relacionan dependiendo del objeto en cuestión (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2006).

Por su parte Vargas Ruiz (2007) considera que a pesar de las distintas concepciones acerca de las actitudes, siempre habrá cuestiones esenciales que las identifican como tal, dichas cuestiones son:

- La actitud no es la conducta en sí, sino la predisposición a reponder a un objeto
- La actitud es persistente, por lo que para poder generar un cambio de Actitud, es necesario una fuerte presión.



- La actitud es lo que permitirá que las manifestaciones conductuales sean consistentes, pudiendo expresarse éstas manifestaciones a través de la evitación, verbalización, expresiones afectivas, etc.
- La dimensión afectiva es un componente importante de la actitud, puesto que da lugar a posesionamientos y preferencias respecto del objeto.

Por otra parte, se dice que las actitudes cumplen ciertas funciones a nivel de la psique humana, llenando necesidades psicológicas; los autores Ubillos, Mayordomo, & Páez(2006) realizan un condensado de estas funciones, definiéndolas en cinco:

- a) Función de conocimiento:según esta función, la actitud permite que aquellas situaciones (información) que poseen cierto grado de complejidad para su comprensión o no están bien definidas o son impredecibles, puedan ser organizadas y asimiladas por la persona.
- b) Función instrumental: la actitud tendrá la finalidad de que la persona logre los objetivos propuestos y además evite aquellas situaciones que no desea ser parte.
- c) Función ego defensiva: la actitud permite proteger el propio ego, mediante la negación o la externalización de aquellas emociones negativas que tenemos sobre nosotros mismos.
- d) Función de expresión de valores: mediante la actitud la persona será capaz de manifestar sus propios valores los mismos que la identifiquen y que construyen su autoconcepto.
- e) Función de adaptación o ajuste social: la expresión de un tipo definido de actitud dará lugar a que la persona se integre a un grupo social específico y se sienta aceptada socialmente.

Es importante aclarar que cada actitud no siempre tiene una única función, en muchas ocasiones la actitud tendrá múltiples funcionalidades; por ejemplo:



Una actitud muy negativa hacia el SIDA: a) podría servir para categorizar el SIDA como una enfermedad grave que hay que evitar (función de conocimiento); b) la expresión de rechazo hacia el SIDA permitiría ser aceptado por un medio político y religiosamente conservador (función de ajuste social); c) podría potenciar la realización de una conducta de prevención para minimizar la posibilidad de verse personalmente contagiado (función instrumental); d) este rechazo podría además servir para expresar la adhesión a los valores religiosos morales relativos a la monogamia, la sexualidad heterosexual y el autocontrol sexual (función valórico-expresiva); y, e) la proyección del riesgo al contagio sobre los promiscuos, permitiría denegar y enfrentar la ansiedad al no percibirse el sujeto de tal forma (función ego defensiva). (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2006, pp. 297-298)

En este sentido y en concordancia con la explicación referente a “Conocimientos” en el apartado anterior y para efectos de este estudio, se propone la concepción de actitud desde la perspectiva del modelo socio-cognitivo, el mismo que postula que, “la actitud es la categorización del objeto sobre una dimensión evaluativa almacenada en la memoria a largo plazo”, por lo tanto, la actitud va a estar estructurada por redes de creencias, afectividad, conductas planificadas o recordadas en torno a la evaluación que el sujeto hará de la situación u objeto específico. Además esta conceptualización manifiesta que la actitud podrá ser de tipo unipolar, si sólo contiene respuestas afectivas, como por ejemplo: la actitud frente al equipo de fútbol favorito; o de tipo bipolar, cuando existe además un contenido simbólico y asociado a temas de interés y/o discusión público, por ejemplo: la actitud frente al aborto (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2006)



### 2.2.2.3 Prácticas

Por su parte las prácticas hacen referencia al componente conductual. La palabra conducta proviene del Latín y significa conducida o guiada, de tal forma que todas aquellas manifestaciones que sean comprendidas como conductas, están guiadas por un elemento externo a la misma: la mente(Bleger, 1963).

De este modo, se puede decir que las prácticas refieren a aquel momento en el cual las actitudes y los conocimientos se condensan y se manifiestan de forma objetiva y observable; es decir, los fenómenos psíquicos y mentales son los fenómenos centrales, ya que son los que originan la conducta, por lo que si el estudio se basara únicamente en la conducta, estaríamos enfocándonos en productos secundarios, más no en lo fundamental.

J. Watson constituye el pionero en los estudios sobre la conducta, siendo en 1913 cuando inicia la corriente de la escuela llamada Conductismo, manifestando que para otorgarle científicidad a las investigaciones psicológicas, es necesario que éstas se basen en los estudios de las conductas manifiestas, es decir, externas y observables, que pueden ser sometidas a medición y verificación.

A pesar de que los inicios del estudio de la conducta ocurren como parte de la rama de la psicología, en la actualidad es un término que forma parte de los estudios de distintas disciplinas, sin pertenecer a ninguna en especial.

Para Bleger (1963) la conducta no puede ser estudiada separada de la personalidad ni del contexto social, por lo tanto aclara que la conducta no es una “cosa” sino un “proceso”, ante lo cual plantea cuatro proposiciones:



1. La conducta es funcional: es decir que toda conducta tiene una finalidad, la de resolver tensiones.
2. La conducta implica siempre conflicto o ambivalencia
3. La conducta solo puede ser comprendida en función del campo o contexto en el que ella ocurre.
4. Todo organismo vivo tiende a preservar un estado de máxima integración o consistencia interna.

Adicionalmente, Bleger (1963) manifiesta que la conducta tiene tres áreas, la intelectual, la afectiva y la volitiva; por lo que en una manifestación conductual coexisten las tres; además, dicha coexistencia da lugar a que, dependiendo de la situación, predomine una de las áreas, lo cual permitirá calificar a la conducta como perteneciente a una de ellas.

Bajo esta lógica, las prácticas sexuales se definen como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014), dichas prácticas le permiten al ser humano mantener contacto con el “otro” desde lo subjetivo, corporal y placentero. Sin embargo, el establecimiento de este tipo de contacto, no considera posibles prácticas de riesgo que podrían poner en peligro el bienestar integral de las personas.

Según el contraste sobre distintas investigaciones realizado por Bahamón, Vianchá, & Tobos (2014), ellas concluyen que las prácticas sexuales no mantienen relación con el conocimiento que poseen las personas que las ejecutan, esto sobre todo en relación al conocimiento sobre métodos anticonceptivos y de protección sexual. Además se demuestra que las prácticas (adecuadas o no), podrían estar relacionadas con varios elementos de manera simultánea: la



emoción, habilidades comunicativas, personalidad, la capacidad de toma de decisiones, elementos perceptivos y actitudes frente a la sexualidad.

Por otra parte, diversos estudios concluyen también que los roles de género y la asunción de los mismos por parte de las personas, marca cierta tendencia a ejecutar prácticas sexuales de riesgo, tanto en hombres como mujeres (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014), estos planteamientos están probablemente en íntima relación con el “deber ser” de los roles de género, así, los hombres, por lo tanto “tienen que” asumir riesgos y mostrarse viriles y las mujeres por su parte “tienen que” mostrarse cuidadosas y sin deseo sexual, pudiendo ser cualquiera de estas posturas, posturas de riesgo.

De este modo, en este capítulo se ha conceptualizado los elementos que son parte de la herramienta principal de esta investigación, mostrando que son elementos que están en íntima relación unos de otros, e incluso podrían contribuir en la predicción de conductas y tendencias a nivel individual y comunitario; convirtiéndose cuestiones importantes de análisis en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, pues esto podría determinar la necesidad de buscar otras entradas que permitan intervenciones eficientes sobre los distintos grupos humanos.

#### ***2.2.2.4 Estratos Socioeconómicos***

López Romo(2009) propone que deberíamos entender al estrato socioeconómico como una forma de segmentación de las/os consumidoras/es que a su vez define la capacidad económica y social de un hogar, lo que repercutirá en su capacidad de acceder a ciertos bienes y con ello a un determinado estilo de vida; sin embargo, el autor aclara que el estrato socioeconómico en sí, no representa un estilo de vida.



“El nivel socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas” (Vera& Vera, 2013 p. 42); por lo tanto obedece a la integración de distintos rasgos de las personas y/o sus hogares, definiendo la posición de éstos últimos dentro de una estructura social y económica jerárquica, siendo estos rasgos comúnmente los ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres (Vera &Vera, 2013)

#### *2.2.2.4.1 Caracterización de los sujetos de estudio por estratos.*

Como se señaló anteriormente, los procesos de salud – enfermedad y dentro de ellos los concernientes a la salud sexual y reproductiva, reconocen como uno de sus más fuertes determinantes a los socioeconómicos. En ese sentido, al ser el “Estrato Socioeconómico” una de las variables de estudio, se ha considerado la utilización de la encuesta de estratificación de hogares desarrollada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), que propone una clasificación en donde se consideran los criterios: características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel educativo y finalmente actividad económica del hogar. Con base en la cuantificación de estos parámetros, estratifica a las familias en los siguientes grupos socioeconómicos:

##### **– Grupo Socioeconómico A o Alto**

Las personas que pertenecen a este estrato poseen una vivienda en la que predominan materiales como la duela, parquet, tablón o piso flotante, en promedio con dos baños completos. Poseen teléfono convencional, electrodomésticos, televisores a color (2) y hasta dos vehículos de uso exclusivo.



La mayoría de estos hogares cuentan con servicio de internet, computadora de escritorio y/o portátil y en promedio 4 celulares. En cuanto a sus hábitos de consumo los miembros de estos hogares compran su vestimenta en centros comerciales, utilizan páginas sociales de internet (92%) y correo electrónico (99%) y han leído libros diferentes a manuales de estudio (76%).

El/la jefe/a de hogar tiene un nivel superior de instrucción y muchos/as alcanzan el nivel de postgrado, desempeñándose en cargos de dirección, política, empresas, etc. La mayor parte esta afiliado/a al seguro social y un gran porcentaje posee seguro privado.

#### – **Grupo Socioeconómico B o Medio Alto**

De acuerdo con el INEC, el 46% de hogares que pertenecen a este estrato habitan en casas en las que predomina el piso es duela, parquet, tablón o piso flotante, en promedio tienen dos baños completos de uso exclusivo para el hogar. Disponen de teléfono convencional, electrodomésticos, televisión a color (2), un vehículo de uso exclusivo para el hogar.

El 81% cuentan con servicio de internet y computadora de escritorio y el 50% con portátil, disponen en promedio de 3 celulares en el hogar. Utilizan correo electrónico (90%), están registrados en alguna página social (76%).

El/la jefe/a de hogar tiene un nivel de instrucción superior y se desempeñan como técnicos/as y profesionales del nivel medio, están cubiertos/as por el seguro del IESS.

#### – **Grupo socioeconómico C+ o Medio Típico**

En este tipo de hogares el material predominante son cerámicas, baldosas, vinil o marmetón, en promedio poseen un baño completo de uso exclusivo para el hogar. Poseen teléfono



convencional, electrodomésticos y en promedio dos televisores a color. Solo el 39% de los hogares de este nivel cuentan con servicio de internet, cuentan con computadora de escritorio (62%) y poseen computadora portátil (21%), en promedio disponen de dos celulares.

En cuanto a los hábitos de consumo el 38% compran su vestimenta en centros comerciales, usan correo electrónico (77%), están registrados en una página social (63%) y el 46% han leído libros diferentes a manuales de estudio.

El/la jefe/a de hogar tiene un nivel de instrucción de secundaria completa y se desempeñan como trabajadores de los servicios, comerciantes y operadores de instalación de máquinas y montadores. El 77% está afiliado/a al seguro social y solo el 20% cuenta con un seguro privado.

#### – **Grupo socio económico C- o Medio Bajo**

El material predominante de esta vivienda son ladrillo o cemento, en promedio un baño completo de uso exclusivo del hogar. Disponen de teléfono convencional (52%), menos del 48% tienen lavadora y equipo de sonido, en promedio una televisión a color.

El 11% de hogares tienen computadora de escritorio, disponen de dos celulares en el hogar. El 14% compran su vestimenta en centros comerciales, el 25% usa correo electrónico y el 19% está registrado en una página social. El 22% de los hogares de este nivel ha leído libros diferentes a manuales de estudio.

El/la jefe/a del hogar tiene un nivel de instrucción de primaria completa, se desempeñan como trabajadores/as de los servicios y comerciantes, operadores/as de instalación de máquinas y algunos se encuentran inactivos. El 48% está afiliado al IESS y solo el 6% tiene seguro de salud privado.



### – Grupo socio económico D o Bajo

El material predominante de estas viviendas son de ladrillo o cemento, tabla sin tratar o tierra, el 31% de estos hogares tiene un baño completo de uso exclusivo para el hogar.

El 12% posee servicio de teléfono convencional y el 5% tiene lavadora, en promedio tienen un televisor a color y un celular en el hogar. El 9% utiliza internet y el 9% ha leído libros diferentes a manuales de estudio.

Por su parte el/la jefe/a de hogar tiene un nivel de instrucción de primaria completa, desempeñándose como trabajadores/as no calificados/as, comerciantes, operadores/as de instalación de máquinas y algunos se encuentran inactivos. En el 11% de los casos están afiliados/as al seguro social (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2011)

## 3. Metodología

### 3.1 Objetivos

#### 3.1.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva con el Estrato Socioeconómico de los/as estudiantes de la Universidad de Cuenca.

#### 3.1.2 Objetivos específicos:

- Identificar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de los/las estudiantes de la Universidad de Cuenca, conjuntamente con variables de edad, sexo, estado civil, procedencia, religión y condición socioeconómica.



- Determinar de qué forma los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de los/las estudiantes de la Universidad de Cuenca están influenciados por el Estrato Socioeconómico de los mismos.

### 3.2 Diseño de la investigación

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. El área de estudio fue la Universidad de Cuenca. Las unidades de análisis fueron las y los estudiantes que acuden a dicha casa de estudios. El universo estuvo conformado por 15833 estudiantes matriculados/as durante el primer semestre de 2018 en las 12 facultades que conforman la Universidad de Cuenca.

Mediante la aplicación de la fórmula de Fisher para universos finitos:

$$n = \frac{N(z^2)(p)(q)}{E^2(N - 1) + (z^2)(p)(q)}$$

En donde:

N= tamaño del universo

Z= nivel de confianza

p= probabilidad a favor

q= probabilidad en contra

E= error de inferencia

Se trabajó con un error del 5%, un porcentaje de heterogeneidad del 50% y un nivel de confianza del 99 %. Obteniéndose una muestra de 637, cifra a la cual se incorporó un 10% para reposición de posibles pérdidas (63 observaciones).

FACULTAD	UNIVERSO	%	MUESTRA
----------	----------	---	---------



Arquitectura y urbanismo	690	4,4	28
Artes	1200	7,6	48
Filosofía	1783	11,3	72
Ciencias Químicas	1359	8,6	54
Ciencias de la Hospitalidad	869	5,5	35
Psicología	819	5,2	33
Odontología	466	2,9	19
Ciencias Políticas y Sociales	1392	8,8	56
Ciencias Agropecuarias	600	3,8	24
Ciencias Médicas	3498	22,3	141
Ciencias Económicas y Administrativas	1976	12,6	79
Ingeniería	1181	7,5	48
<b>TOTAL</b>	<b>15653</b>	<b>99,9</b>	<b>637</b>

Durante la ejecución de la investigación se verificó que de las 63 observaciones obtenidas para reposición, 43 eran idóneas para ser consideradas como aportantes de datos útiles, por lo que se resolvió incorporarlas también. Al final se contó con un total de 680 observaciones.

El número de observaciones por facultad se distribuyó tomando en consideración el porcentaje que cada población estudiantil representa con relación al total de la Universidad de Cuenca.

### 3.3 Variables

Se exploraron las variables: edad, sexo, estado civil, procedencia, religión y facultad de pertenencia, las mismas que permitieron caracterizar a la población de estudio. Concomitantemente se analizaron las variables de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva, las mismas que se relacionaron con la variable de Estrato Socioeconómico. Las variables mencionadas fueron sometidas a una matriz de operacionalización de las mismas (Anexo 1).



### 3.4 Criterios de inclusión y exclusión

En la investigación se incluyeron estudiantes mujeres y hombres matriculados en la Universidad de Cuenca en el primer semestre del 2018.

Se excluyeron aquellos/as estudiantes que no estuvieron presentes el día de la aplicación del cuestionario y aquellos/as que libremente decidieron no participar.

### 3.5 Instrumentos de investigación

#### 3.5.1 Encuesta de CAP's en Salud sexual y reproductiva.

En la ejecución de la investigación se utilizó una escala psicométrica diseñada por la Universidad Nacional de Costa Rica. Dicha escala fue utilizada inicialmente en un estudio sobre Salud Sexual y Reproductiva con alumnos/as del mencionado centro de estudios. La escala aborda cuatro dimensiones (Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ETS y Uso del Condón) y tres categorías (Conocimientos, Actitudes y Prácticas). Algunos de los criterios por los que se seleccionó esta herramienta tienen que ver con el hecho de que se encuentra acorde a los objetivos de esta investigación, maneja un enfoque de género, se trata de una encuesta validada en una población universitaria y cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.9043.

En cuanto a las puntuaciones que otorga, la herramienta, al proponer escalas tipo Likert, son las siguientes:

**Conocimientos:** 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.

**Actitudes:** 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.

**Prácticas:** 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca; o 1= Sí, 2 = No. (Anexo 2)



### 3.5.2 Nivel socioeconómico.

Para esta estratificación, se utilizó la *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico* realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

La encuesta contiene un total de 25 preguntas para valorar las dimensiones: vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, educación y economía (Anexo 3). Mediante la aplicación de esta herramienta, los hogares son categorizados en los siguientes grupos:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

### 3.6 Aspectos éticos

Los sujetos de investigación, previo a su participación dieron su consentimiento informado, el mismo que fue signado en un formulario entregado a cada uno de ellos (Anexo 4).

En dicho consentimiento, consta además el compromiso de la investigadora de guardar la confidencialidad de los datos, así como garantizar el uso de la información obtenida únicamente con fines académicos, situación que se cumplió en todo momento.

### 3.7 Procesamiento de datos y análisis

El procesamiento se ejecutó secuencialmente, así:

1. Elaboración de base de datos en el software SPSS 23
2. Análisis mediante utilización de estadística descriptiva



3. Generación de tablas basales, tablas simples y de contingencia.
4. Análisis y presentación de resultados



## 4. Resultados

### 4.1 Caracterización de la población

**Tabla N° 1. Distribución de 680 estudiantes de la Universidad de Cuenca, según facultad en la que estudia.**

FACULTAD	FRECUENCIA	%
Arquitectura	28	4,1
Artes	54	7,9
Ciencias de la Hospitalidad	35	5,1
Ciencias Agropecuarias	24	3,5
Ciencias Económicas y Administrativas	85	12,5
Ciencias Médicas	142	20,9
Ciencias Químicas	58	8,5
Filosofía	84	12,4
Ingeniería	55	8,1
Jurisprudencia	56	8,2
Odontología	22	3,2
Psicología	37	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>680</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

Participaron en la investigación un total de 680 estudiantes pertenecientes a 12 facultades de la Universidad de Cuenca. La Facultad de Ciencias Médicas al ser la más numerosa, aporta con 142 observaciones, equivalentes al 20,9 %, del total. Por su parte, la Facultad de Odontología tributó con el menor número de observaciones, 22, equivalente al 3,2% del total de observaciones.



**Tabla N° 2. Distribución de 680 estudiantes de la Universidad de Cuenca, según variables de edad, sexo, estado civil, procedencia, religión y nivel socioeconómico.**

VARIABLE	FRECUENCIA	%
<b>EDAD</b>		
18-19	195	28,7
20-24	445	65,4
25 y más	40	5,9
<b>SEXO</b>		
Mujer	377	55,4
Hombre	303	44,6
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera/o	630	92,6
Casada/o	41	6,0
Viuda/o	1	,1
Divorciada/o	1	,1
Unión de hecho	7	1,0
<b>PROCEDENCIA</b>		
Costa	144	21,2
Sierra	503	74,0
Oriente	23	3,4
Extranjero	10	1,5
<b>RELIGIÓN</b>		
Católica	448	65,9
Testigo de Jehová	64	9,4
Evangélico	22	3,2
Mormón	2	,3
Ninguna	115	16,9
Otras	29	4,3
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Alto	127	18,7
Medio alto	224	32,9
Medio típico	279	41,0
Medio bajo	31	4,6
Bajo	19	2,8
<b>TOTAL</b>	<b>680</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.



Los datos de la Tabla N°2 permiten caracterizar a la población participante. En efecto se evidencia que la edad más frecuente de los sujetos investigados se encuentra entre los 20 a 24 años, rango dentro del cual se encuentra el 65,4%. Prevalece el sexo femenino con 55,4%. En lo que se refiere al estado civil, los/as solteros/as fueron mayoría con 92,6%. La región Sierra, fue la zona de procedencia prevalente con 74% y la religión predominante fue la católica con 65,9%.

En cuanto a la estratificación socioeconómica, se aprecia que el grupo mayoritario procede de los estratos “medio típico” y “medio alto”, sumando entre los dos el 73,9%. Del “estrato alto” proceden 18,7%. Los/as estudiantes procedentes de los estratos “medio bajo” y “bajo”, son la minoría. Entre los dos suman apenas el 7,4%.

## 4.2 Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual

**Tabla N° 3. Conocimientos sobre Salud Sexual.**

CONOCIMIENTOS	CIERTO				FALSO				NO SABE			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
AFIRMACIONES VERDADERAS	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En una relación sexual es importante saber que le gusta a la pareja	288	76,4	218	71,9	45	11,9	47	15,5	44	11,7	38	12,5
La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	329	87,2	271	89,4	11	2,9	14	4,6	37	9,8	18	5,9
La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres	304	80,6	250	82,5	29	7,7	21	6,9	44	11,7	32	10,6
La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas	266	70,5	230	75,9	44	11,7	39	12,9	67	17,8	34	11,2
PROMEDIOS	<b>X=78,7%</b>		<b>X=79,9%</b>									
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
La sexualidad está limitada a la genitalidad	61	16,2	74	24,4	257	68,2	180	59,4	59	15,6	49	16,2
El acto sexual es mejor cuando se toma licor	34	9,01	52	17,2	249	66	200	66	94	24,9	51	16,8
La sexualidad es solo lo biológico o anatómico	66	17,5	60	19,8	236	62,6	172	56,8	75	19,9	71	23,4
El acto sexual es mejor cuando se consume drogas	33	8,8	59	19,5	246	65,3	180	59,4	99	26,6	63	20,8
Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres	41	10,9	53	17,5	177	46,9	171	56,4	160	42,4	78	25,7
PROMEDIOS					<b>X= 61,8%</b>		<b>X= 59,6%</b>					

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

**X de conocimientos adecuados mujeres = 70,2 %**

**X de conocimientos adecuados hombres = 69,7 %**

Los resultados referentes a Conocimientos sobre Salud Sexual muestran que un buen número de personas comprenden o intentan comprender la importancia de la igualdad entre hombres



y mujeres como parte de la misma, considerando elementos como gustos y consecuencias ante las acciones. Sin embargo, frente a la importancia del deseo y su distinción como propio o no, como elementos que dan cuenta de una Salud Sexual, hay algunas mujeres que niegan esta afirmación 11,7% y otras que dicen no saber 17,8%; porcentajes que si se los considera juntos, nos mostraría un número considerable de mujeres que probablemente se desconocen como sujetos de deseo o minimizan su importancia.

Seguidamente, se observa que cuando se indaga sobre la sexualidad como un evento limitado a la genitalidad, tan solo el 59,4% de hombres encuestados niega esta afirmación frente al 68,2% de mujeres que también lo hacen.

Otro dato que resulta importante destacar es aquel que da cuenta de la postura frente a la afirmación: “los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres”, en donde el 53,3% de mujeres y el 43,2% de hombres mantienen las posturas de “cierto” y “no sabe”, siendo éstos, porcentajes fuertes que dan cuenta de la genitalización de la sexualidad y de la responsabilidad socioculturalmente impuesta sobre los hombres de ser ellos quienes dan lugar o no a relaciones sexuales placenteras.

Finalmente, mediante el análisis global, es posible evidenciar que el 70,2% de mujeres y el 69,7% de hombres poseen conocimientos sobre Salud Sexual que podrían ser calificados de “adecuados”.



**Tabla N° 4. Actitudes hacia la Salud Sexual.**

ACTITUDES	TOTALMENTE DE ACUERDO O DE ACUERDO				NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO				EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"	32	8,5	48	15,8	57	15,1	76	25,0	288	76,4	179	59,1
La masturbación la practican exclusivamente los hombres	42	11,1	22	7,3	71	18,8	63	20,8	264	70	218	71,9
Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"	13	3,4	29	9,6	46	12,2	64	21,1	318	84,4	210	69,3
Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales.	15	4	29	9,6	56	14,9	65	21,5	306	81,2	208	68,8
Me da vergüenza hablar sobre sexo	39	10,3	25	8,3	98	26	65	21,5	240	63,7	213	70,3
La mujer vale más cuando es virgen	58	15,4	47	15,5	52	13,8	68	22,4	267	70,8	188	62
El hombre vale más cuando es virgen	68	18,1	48	15,8	42	11,2	64	21,1	266	70,7	191	63
Las relaciones sexuales prematrimonialesson perjudiciales para las mujeres	31	8,2	28	9,2	92	24,4	76	25,1	254	67,4	199	65,7
Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	44	11,7	28	9,2	88	23,3	70	23,1	245	65	205	67,7
Masturbarse es pecado	28	7,4	27	8,9	93	24,7	70	23,1	255	67,8	206	68
La masturbación causa acné	43	11,4	30	9,9	121	32,1	109	36	213	56,5	164	54,1
El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer	50	13,3	59	19,5	119	31,6	114	37,6	208	55,2	130	42,9
Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case	63	16,7	77	25,4	153	40,6	123	40,6	161	42,7	103	34
El acto sexual siempre debe culminar con la penetración	56	14,9	63	20,8	154	41	125	41,3	166	44,1	115	38
Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo	74	19,6	61	20,1	155	41,1	143	47,2	148	39,3	99	32,7
Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual	137	36,3	79	26,1	111	29,4	106	35	129	34,2	118	38,9
Siento temor de tener sexo porque pueden resultar en un embarazo	179	47,5	110	36,3	91	24,1	88	29	107	28,4	105	34,7
Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA	143	38	114	37,6	137	36,4	93	30,7	96	25,5	96	31,7
<b>PROMEDIOS</b>									<b>X=58%</b>		<b>X=54%</b>	

Fuente: Base de datos  
 Autora: Parra, C.



Según la Tabla N° 4, es interesante observar que el 15,4% de mujeres y 15,5% de hombres se encuentran en total acuerdo con la afirmación “la mujer vale más cuando es virgen”, existiendo resultados parecidos con la afirmación “El hombre vale más cuando es virgen”, en donde el 18,1% de mujeres está de acuerdo y el 15,8% de hombres también.

Ante la afirmación “El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer”, el 13,3% de mujeres expresaron estar de acuerdo y el 19,5% de hombres también, lo cual debe motivar nuevas investigaciones para el esclarecimiento del origen de estas concepciones

Frente a las Actitudes respecto al autoerotismo, se encuentra que, aunque con porcentajes bajos, pero todavía presente, está la creencia de que “masturbarse es pecado” en el 7,4% de mujeres y en el 8,9% de los hombres. Así mismo, en relación a la afirmación “la masturbación causa acné”, el 11,4% de mujeres y el 9,9% de hombres están de acuerdo. Adicionalmente, el 11,1% de las mujeres creen que la masturbación la practican exclusivamente los hombres, en relación al 7,3% de hombres que también creen lo mismo.

El temor frente a las consecuencias que podría traer el acto sexual como tal, se manifiesta en porcentajes considerables, así lo observamos en las siguientes afirmaciones: “Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual”, el 36,3% de las mujeres y el 26,1% de hombres están de acuerdo. “Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo”, el 47,5% de mujeres y el 36,3% de hombres sienten temor frente a un posible embarazo. “Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA”, el 38% de las mujeres y 37,6% de hombres experimentaron este miedo.

Por otra parte, podemos establecer el porcentaje general que corresponde a las personas que mantienen actitudes adecuadas frente a la salud sexual, siendo: 58% mujeres y 54% hombres.



**Tabla N° 5. Prácticas relacionadas con la Salud Sexual**

PRÁCTI- CAS	SIEMPRE O CASI SIEMPRE				A VECES				CASI NUNCA O NUNCA				NO RESPONDE			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		M	H		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%				
Practico Sexo oral	51	22,4	70	27,0	60	26,3	102	39,4	117	51,3	87	33,6	149	44		
Me masturbo	60	16,3	87	29,7	57	15,4	132	45,1	252	68,3	74	25,3	8	10		
	<b>SI</b>				<b>NO</b>											
Soy una persona sexualmente activa	144	67,9	169	67,1	68	32,1	83	32,9							165	51

Fuente: Base de datos  
 Autora: Parra, C.

Las Prácticas sobre Salud Sexual fueron evaluadas mediante testimonios sobre sexo oral, masturbación y la declaración de ser o no una persona sexualmente activa. La Tabla N° 5 permite advertir que al respecto existen diferencias marcadas por el sexo de las personas. Así, el 51,3% de mujeres y 33,6% de hombres refieren que nunca o casi nunca han practicado sexo oral. Del mismo modo, el 68,3% de mujeres y 25,3% de hombres, nunca o casi nunca se han masturbado.

Un elemento de análisis importante es la notable cantidad de personas que no contestan la interrogante de la práctica del sexo oral, prevaleciendo las mujeres al ser 149 frente a 44 hombres que no expresaron su pronunciamiento. Así mismo, al tener que responder si son personas sexualmente activas, 165 mujeres no emiten una respuesta. Finalmente, se observa que la población sexualmente activa es muy similar entre hombres y mujeres, afirmando encontrarse dentro de este grupo el 67,9% de mujeres y el 67,1% de hombres.



### 4.3 Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Reproductiva

**Tabla N° 6. Conocimientos sobre Salud Reproductiva**

CONOCIMIENTOS	CIERTO				FALSO				NO SABE				NO RES-PONDE	
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres			
AFIRMACIONES VERDADERAS	No	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%	No	%	M	H
Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada.	327	88,6	255	87,0	40	10,8	30	10,2	2	0,5	8	2,7	8	10
Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	313	83,0	263	87,1	36	9,5	24	7,9	28	7,4	15	5,0	0	1
Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	350	92,8	268	88,4	19	5,0	23	7,6	8	2,1	12	4,0	0	0
Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual.	309	82,0	266	87,8	14	3,7	13	4,3	54	14,3	24	7,9	0	0
La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo	282	75,0	207	68,3	80	21,3	76	25,1	14	3,7	20	6,6	1	0
Tengo acceso a información sobre planificación familiar	251	66,6	196	64,7	75	19,9	75	24,8	50	13,3	32	10,6	0	0
Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	219	58,1	198	65,3	129	34,2	73	24,1	29	7,7	32	10,6	0	0
<b>PROMEDIOS</b>	<b>X=78%</b>		<b>X=78,4%</b>											
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>														
La ducha vaginal previene el embarazo	37	9,8	61	20,1	263	69,8	173	57,1	77	20,4	69	22,8	0	0
Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	45	12,0	34	11,2	166	44,1	137	45,2	165	43,9	132	43,6	1	0
<b>PROMEDIOS</b>					<b>X=57%</b>				<b>X=51,2%</b>					

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

**X de conocimientos adecuados mujeres = 67,5 %**

**X de conocimientos adecuados hombres = 64,8 %**



En general, la Tabla N°6 muestra que los Conocimientos sobre Salud Reproductiva que maneja la población son “adecuados”; sin embargo, en temas controversiales como el asociado a la afirmación “Las píldoras anticonceptivas causan cáncer”, se observa que las opiniones se encuentran divididas entre el “falso” con 44,1% de mujeres y 45,2% de hombres y el “no sabe” con el 43,9% de mujeres y el 43,6% de hombres. Así mismo, frente a la efectividad de dichas píldoras, los porcentajes disminuyen respecto de las demás afirmaciones, evidenciándose que 58,1% de mujeres y el 65,3% de hombres consideran que sí son efectivas como método anticonceptivo.

De este modo, el porcentaje de mujeres y hombres que revelan poseer conocimientos adecuados en Salud Reproductiva son: 67,5% y 64,8% respectivamente.



**Tabla N° 7. Actitudes hacia la Salud Reproductiva.**

ACTITUDES	CIERTO				FALSO				NO SABE			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>AFIRMACIONES VERDADERAS</b>												
Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos	331	87,7	231	76,5	21	5,6	28	9,3	25	6,6	43	14,2
Puedo acudir a los servicios de salud sin temor	319	84,6	254	84,1	38	10,1	32	10,6	20	5,3	16	5,3
PROMEDIOS	<b>X=86,2%</b>		<b>X=80,3%</b>									
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada	66	17,5	66	21,8	44	11,7	59	19,5	267	70,8	178	58,7
La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual	42	11,1	35	11,6	146	38,7	143	47,2	189	50,1	125	41,3
Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella	85	22,5	69	22,8	121	32,1	109	36,0	171	45,4	125	41,3
PROMEDIOS					<b>X=27,5%</b>		<b>X=34,2%</b>					

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

**X de actitudes adecuadas mujeres = 56,8 %**

**X de actitudes adecuados hombres= 57,2 %**

Las Actitudes frente a la Salud Reproductiva son de gran trascendencia pues ellas podrían definir nuestras experiencias sexuales y de procreación. Sin embargo, llama la atención cierto desconocimiento respecto a afirmaciones como: “La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada”, el 70% de mujeres y 58,7 de hombres no saben, si esto efectivamente es así. De igual manera ante la afirmación “la vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual”, 50,1% de mujeres y 41,3% de hombres manifiestan no saber, dejando entrever una posible razón para tener Actitudes inadecuadas hacia ese procedimiento.

En este sentido, en lo que respecta a las Actitudes “adecuadas” hacia la Salud Reproductiva, vemos que existen cifras preocupantes, así, tan solo el 56,8% de mujeres y el 57,2% de hombres evidencian una Actitud positiva.



**Tabla N° 8. Prácticas en Salud Reproductiva**

PRÁCTICAS	SIEMPRE O CASI SIEMPRE				A VECES				CASI NUNCA O NUNCA				NO RESPONDE	
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		% M	% H
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales	137	60,4	180	69,5	46	20,3	39	15,1	44	19,4	40	15,4	150	44
Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales	146	66,7	167	66,8	34	15,5	54	21,6	39	17,8	29	11,6	158	53
Reviso mis genitales para detectar cambio o anormalidades	191	51,8	208	71,0	110	29,8	75	25,6	68	18,4	10	3,4	8	10
Me informo sobre métodos anticonceptivos	199	52,9	194	64,0	105	27,9	82	27,1	72	19,1	27	8,9	1	0
Me informo sobre enfermedades del aparato reproductor	168	44,6	162	53,5	127	33,7	90	29,7	82	21,8	51	16,8	0	0
Me informo sobre planificación familiar	129	34,9	118	38,9	139	37,6	116	38,3	102	27,6	69	22,8	7	0
	<b>SI</b>				<b>NO</b>									
Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual	156	71,2	170	69,1	63	28,8	76	30,9					158	57
<b>PROMEDIOS</b>	<b>X=54,6%</b>		<b>X=61,8%</b>											

Fuente: Base de datos  
 Autora: Parra, C.

Frente al uso de métodos anticonceptivos, las Prácticas de “a veces” y “nunca o casi nunca” podrían ser calificadas como de riesgo ante una situación de embarazo y/o adquisición de VIH/SIDA/ETS. Así lo muestran datos relacionados a las siguientes afirmaciones: “uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales”, 39.7% de mujeres dijeron no utilizarlo permanentemente y 30,5% de hombres se encuentran en las mismas circunstancias. Frente a la interrogante de si “hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales” el 33.3% de mujeres y el 33.2% de hombres no consideran ésta



como una práctica común dentro de sus relaciones de pareja, y cuando se plantea: "me informo sobre métodos anticonceptivos", 47% de mujeres y 36% de hombres no se preocupan por adquirir información de manera oportuna.

Como posible consecuencia de ello, el cuadro de datos muestra que el 28,8% de mujeres y 30,9% de hombres no usaran algún tipo de método anticonceptivo durante su última relación sexual, lo cual resulta un dato preocupante.

En términos globales se advierte que el 54,6% de mujeres tienen Prácticas adecuadas en Salud Reproductiva, frente al 61,8% que representan los hombres.



**4.4 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA/ETS**

**Tabla N° 9. Conocimientos sobre VIH/SIDA/ETS, por sexo.**

CONOCIMIENTOS	CIERTO				FALSO				NO SABE			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>AFIRMACIONES VERDADERAS</b>												
El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo	318	86,2	254	86,7	13	3,5	18	6,1	38	10,3	21	7,2
El VIH se adquiere con mayor frecuencia por vía sexual	332	88,1	279	92,1	8	2,1	9	3	37	9,8	15	5
La gonorrea es una infección de transmisión sexual	319	84,6	273	90,1	23	6,1	6	2	35	9,3	24	7,9
La Sífilis es una infección de transmisión sexual	311	82,5	239	78,9	9	2,4	12	4	57	15,1	52	17,2
VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana	335	88,9	249	82,2	23	6,1	21	6,9	19	5	33	10,9
SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	320	84,9	240	79,2	23	6,1	23	7,6	34	9	40	13,2
Una vez que una persona se infecta con VIH será para toda la vida	257	68,2	217	71,6	67	17,8	36	11,9	53	14,1	50	16,5
Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado	267	70,8	231	76,2	37	9,8	22	7,3	73	19,4	50	16,5
El SIDA no tiene cura	279	74	218	71,9	52	13,8	26	8,6	46	12,2	59	19,5
Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA	284	75,3	243	80,2	26	6,9	20	6,6	67	17,8	40	13,2
La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas con un tratamiento oportuno y adecuado	252	66,8	214	70,9	72	19,1	44	14,6	53	14,1	44	14,6
El uso de condón es una forma eficaz de prevenir la infección con VIH/SIDA	275	72,9	210	69,3	72	19,1	63	20,8	30	8	30	9,9
La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual	140	37,1	119	39,3	148	39,3	96	31,7	89	23,6	88	29
<b>PROMEDIOS</b>	<b>X=75,4%</b>		<b>X=76%</b>									
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada	18	4,8	30	9,9	343	91	255	84,2	16	4,2	18	5,9
El VIH es un virus que puede estar en el aire	12	3,2	10	3,3	329	87,5	261	86,4	35	9,3	31	10,3
El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada	60	15,9	35	11,6	273	72,4	211	69,6	44	11,7	57	18,8
El VIH es un virus que puede estar en el agua	11	2,9	20	6,6	299	79,5	213	70,5	66	17,6	69	22,8
El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada	45	11,9	43	14,2	268	71,1	205	67,7	64	17	55	18,2
El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo	109	28,9	73	24,1	194	51,5	166	54,8	74	19,6	64	21,1
El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo	66	17,5	53	17,5	217	57,6	166	54,8	94	24,9	84	27,7
<b>PROMEDIOS</b>					<b>X=72,9%</b>		<b>X=69,7%</b>					

**X de conocimientos adecuados mujeres = 74,1% X de conocimientos adecuados hombres = 72,8 %**



Los datos correspondientes a la Tabla N°9 revelan que los Conocimientos frente a la posible adquisición de ETS/VIH/SIDA, no son del todo “adecuados”. Los porcentajes globales nos muestran que el 74,1% de mujeres y el 72,8% de hombres poseen Conocimientos “adecuados” respecto de estos temas, lo cual podría poner en riesgo inminente la integridad física de las demás personas que participan en este estudio.

Así lo podemos evidenciar a través de afirmaciones como: “la Hepatitis B es una infección de transmisión sexual” el 39,3% de mujeres, así como el 31,7% de hombres responden que es “falso”. “El SIDA no tiene cura”, 26% de mujeres y 28,1% de hombres desconocen sobre el tema o aseveran que la afirmación no es verdadera. “El uso de condón es una forma eficaz de prevenir la infección con VIH/SIDA”, el 27,1% de mujeres y el 30,7% de hombres, no saben o niegan esta afirmación. “Una vez que una persona se infecta con VIH será para toda la vida”, el 31,9% de mujeres y 28,4% de hombres invalidan esta afirmación o manifiestan desconocimiento sobre dicha situación.

Finalmente, es muy llamativo que frente a afirmaciones que podrían resultar obvias en cuanto a su falsedad, “El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo”, se observa que el 48,5% de mujeres y el 45,2% de hombres dicen ignorar la respuesta o identificarla como una afirmación verdadera.



**Tabla N° 10. Actitudes ante VIH/SIDA/ETS**

ACTITUDES	TOTALMENTE DE ACUERDO O DE ACUERDO				NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO				EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>AFIRMACIONES VERDADERAS</b>												
Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA	318	84,4	232	76,6	33	8,8	45	14,9	26	6,9	26	8,6
Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH	202	53,6	165	54,5	111	29,4	98	32,3	64	17	40	13,2
PROMEDIOS	<b>X=69%</b>		<b>X=65,6%</b>									
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual	60	15,9	59	19,5	27	7,2	43	14,2	290	76,9	201	66,3
El SIDA es una enfermedad de prostitutas	38	10,1	22	7,3	35	9,3	41	13,5	302	80,5	240	79,2
La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece	29	7,7	22	7,3	30	8	44	14,5	317	84,3	237	78,2
Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial	23	6,1	17	5,6	32	8,5	38	12,5	322	85,4	248	81,8
Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH	24	6,4	23	7,6	57	15,1	70	23,1	296	78,5	210	69,3
PROMEDIOS									<b>X=81%</b>		<b>X=75%</b>	

Fuente: Base de datos  
 Autora: Parra, C

**X de actitudes adecuadas mujeres = 75 %**  
**X de actitudes adecuados hombres= 70,3 %**

La tabla N°10 revela que, para un número considerable de personas en ciertas situaciones resulta conveniente no tomar postura frente a ellas; así lo podemos ver en la afirmación referente a “Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH”, en donde existe un porcentaje significativo de personas que plantean no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo (29,4% de mujeres, 32,3% de hombres), lo cual permite pensar la probabilidad de



que estos resultados respondan al nivel de involucramiento que estamos dispuestos a tolerar cuando se nos presentan una situación como ésta en nuestras vidas. Mientras que por otra parte, se observa que en otro tipo de afirmaciones en donde la vida personal no es parte del problema, las actitudes frente a las VIH/SIDA/ETS, son en su mayoría de carácter positivo.

Así mismo, es posible identificar, de manera global, en qué medida las personas participantes del estudio manifiestan actitudes adecuadas frente al tema de VIH/SIDA/ETS, y observamos que 75% de mujeres y 70,3% de hombres se manifiestan de manera positiva.

**Tabla N°. 11. Prácticas ante VIH/SIDA/ETS**

PRÁCTICAS	SÍ				NO			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual	8	3,9	15	6,7	198	96,1	208	93,3
He pagado para tener relaciones sexuales	7	3,2	37	14,9	211	96,8	212	85,1
He tenido alguna infección de transmisión sexual	16	7,3	22	8,8	202	92,7	227	91,2
He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de amistades	15	6,9	36	14,5	203	93,1	213	85,5
PROMEDIOS					X= 94,7%		X=88,8%	

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

En cuanto a las Prácticas relacionadas a VIH/SIDA/ETS, se observa que con porcentajes que oscilan entre el 85% y el 96%, hombres y mujeres no tienen ni han tenido una infección de transmisión sexual, no han pagado por tener relaciones sexuales, ni tampoco han tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de las amistades. Sin embargo, es importante notar que del pequeño porcentaje de participantes que admiten haber pagado para tener relaciones sexuales, existe una mayor proporción de hombres con el 14,9% frente al 3,2% de mujeres.

En general, las Prácticas “adecuadas” están presentes en el 94,7% de mujeres y en el 88,8% de hombres participantes.



#### 4.5 Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre el uso del condón

Tabla N°. 12. Conocimientos sobre el uso del condón

CONOCIMIENTOS	CIERTO				FALSO				NO SABE			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>AFIRMACIONES VERDADERAS</b>												
Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto	328	88,9	245	83,6	27	7,3	43	14,7	14	3,8	5	1,7
Los condones deben ser guardados en lugares frescos	317	84,1	260	85,8	14	3,7	16	5,3	46	12,2	27	8,9
Sé cómo se usa correctamente un condón	250	66,5	265	87,5	40	10,6	18	5,9	86	22,9	20	6,6
El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene	262	69,5	264	87,1	42	11,1	14	4,6	73	19,4	25	8,3
El condón debe abrirse por la esquina con los dedos	245	65,0	262	86,8	21	5,6	16	5,3	111	29,4	24	7,9
El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual	250	66,3	227	74,9	64	17,0	40	13,2	63	16,7	36	11,9
El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa condón	214	56,9	201	66,3	49	13,0	69	22,8	113	30,1	33	10,9
Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales	191	50,7	210	69,3	56	14,9	49	16,2	130	34,5	44	14,5
El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión de VIH	233	62,0	223	73,6	91	24,2	46	15,2	52	13,8	34	11,2
Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua	131	34,7	171	56,4	64	17,0	58	19,1	182	48,3	74	24,4
<b>PROMEDIOS</b>	<b>X=64,5%</b>		<b>X=76%</b>									
<b>AFIRMACIONES FALSAS</b>												
El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante	40	10,6	53	17,5	280	74,3	223	73,6	57	15,1	27	8,9
El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol	35	9,3	24	7,9	251	66,6	228	75,2	91	24,1	51	16,8
Los condones se pueden llevar en las billeteras	96	25,5	41	13,5	210	55,7	222	73,3	71	18,8	40	13,2
Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación	54	14,3	86	28,4	169	44,8	161	53,1	154	40,8	56	18,5
El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad	74	19,6	61	20,1	156	41,4	158	52,1	147	39,0	84	27,7
El material del látex del condón puede soportar altas temperaturas	65	17,3	68	22,5	156	41,5	142	47,0	155	41,2	92	30,5
<b>PROMEDIOS</b>					<b>X=54%</b>		<b>X=62%</b>					

X de conocimientos adecuados mujeres = 59,2 %

X de conocimientos adecuados hombres = 69 %



Los resultados obtenidos en la Tabla N°12 muestran, a través de algunas de las afirmaciones presentes, una considerable diferencia en el Conocimiento sobre el uso del condón entre sexos, de este modo hay resultados que llaman la atención como los de las afirmaciones siguientes: “sé cómo se usa correctamente el condón” en donde el 22,9% de mujeres y el 6,6% de hombres afirman “no saber”; frente al enunciado “el condón debe abrirse por la esquina con los dedos”, el 29,4% de participantes del sexo femenino y el 7,9% de sexo masculino optan por la opción “no sabe”; del mismo modo como parte de la aseveración “si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua”, el 48,3% de mujeres frente al 24,4% de hombres desconocen la veracidad de la misma, situación que está íntimamente ligada con la posibilidad de disfrutar de relaciones sexuales placenteras, sin embargo son cuestiones que se ignoran por un número considerable de personas.

Consecuencia de ello, es posible evidenciar de manera global que el 59,2% de mujeres y el 69% de hombres, poseen conocimientos adecuados respecto del uso del condón.



Tabla N°. 13. Actitudes hacia el uso del condón

ACTITUDES	TOTALMENTE DE ACUERDO O DE ACUERDO				NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO				EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón	46	12,2	39	12,9	41	10,9	53	17,5	290	76,9	211	69,6
Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza	23	6,1	27	8,9	69	18,3	76	25,1	285	75,6	200	66,0
La mujer que solicita que use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "jugada"	15	4,0	31	10,2	71	18,8	83	27,4	291	77,2	189	62,4
Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón	30	8,0	37	12,2	66	17,5	78	25,7	281	74,5	188	62,0
Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón	38	10,1	71	23,4	69	18,3	67	22,1	270	71,6	165	54,5
Cuando se usa el condón no se siente nada	58	15,4	59	19,5	128	34,0	110	36,3	191	50,7	134	44,2
Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón	83	22,0	87	28,8	121	32,1	101	33,4	173	45,9	114	37,7
Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón	70	18,6	135	44,6	187	49,6	105	34,7	120	31,8	63	20,8
PROMEDIOS									X=63%		X=52%	

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

A través del análisis de la Tabla N° 13 es posible identificar que los/as jóvenes mantienen actitudes de riesgo frente al uso del condón en sus relaciones sexuales; de este modo observamos que sobre todo los varones encuestados, prefieren no tomar postura (ni de acuerdo, ni desacuerdo) en afirmaciones como: “Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza” y “La mujer que solicita que use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "jugada" con porcentajes de 25,1% y 27,4% respectivamente para cada una de las afirmaciones.

Adicionalmente, solamente el 54,5% de hombres frente al 71,6% de mujeres están en desacuerdo con el hecho de conocer bien a una persona para eliminar la necesidad de usar el



condón; así mismo más de la mitad de mujeres (50,7%) y el 44,2% de hombres consideran que el placer disminuye con el uso del condón, corroborando esta situación cuando el 44,6% de hombres manifiestan disfrutar más de las relaciones sexuales cuando no usan el condón, mientras que el 49,6% de mujeres optan por no tomar una postura frente a esta última afirmación.

De este modo, se evidencia que las Actitudes “adecuadas” frente al uso del condón se manifiestan tan solo en el 63% de la población femenina y en el 52% de la masculina.



**Tabla N° 14. Prácticas sobre uso del condón.**

PRÁCTICAS	SIEMPRE O CASI SIEMPRE				A VECES				CASI NUNCA O NUNCA				NO RESPONDE	
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		%	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	M	H
<b>PRÁCTICAS POSITIVAS</b>														
Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto	148	65,2	191	73,7	36	15,9	47	18,1	43	18,9	21	8,1	150	44
Uso el condón en mis relaciones sexuales	122	55,7	172	69,1	53	24,2	47	18,9	44	20,1	30	12,0	158	54
Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo	99	45,2	139	55,8	47	21,5	56	22,5	73	33,3	54	21,7	158	54
PROMEDIOS	<b>X=55,4%</b>		<b>X=66,2%</b>											
<b>PRÁCTICAS NEGATIVAS</b>														
Tengo relaciones sexuales sin usar el condón	53	23,6	65	26,1	58	25,8	62	24,9	114	50,7	122	49,0	152	54
PROMEDIOS									<b>X=50,7%</b>		<b>X=49,0%</b>			

Fuente: Base de datos  
 Autora: Parra, C.

**X de prácticas adecuadas mujeres = 53,05 %**  
**X de prácticas adecuadas hombres = 57,6 %**

Los resultados acerca de las Prácticas sobre el uso del condón dan cuenta que los sujetos partícipes de esta investigación, se encuentran expuestos a riesgos relacionados con la falta de uso o mal uso de este método anticonceptivo. De este modo, observamos que en la afirmación que dice “uso el condón en mis relaciones sexuales” tan solo el 55,7% de mujeres y el 69,1% de hombres que responden a este ítem, usan el preservativo con una frecuencia de “siempre o casi siempre”, mostrando además un alto número, sobretodo de mujeres, que se abstienen de responder (158); del mismo modo cuando nos referimos a que si el/la encuestado/a se fija en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo, solo el 45,2% de



mujeres y el 55,8% de hombres mantienen esta buena práctica “siempre o casi siempre”; repitiéndose aquí también el número de mujeres que evitan responder la afirmación (158).

Así mismo, en la afirmación “tengo relaciones sexuales sin usar el condón”, aproximadamente la mitad de mujeres (50,7%) y la mitad de hombres (49,0%) dicen usarlo “siempre o casi siempre”, situación que da cuenta del amplio porcentaje restante que se encuentra probablemente manteniendo relaciones sexuales de riesgo con sus parejas.

Por lo tanto, de forma global podemos decir que las buenas Prácticas en el Uso del Condón son parte del 53,05% de las mujeres y del 57,6% de hombres.



#### 4.6. Promedios de CAP's "ADECUADAS" en relación a las variables Sexo y Nivel Socioeconómico.

Tabla 15. Promedios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas "adecuadas" en Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ETS y uso del condón, según sexo.

CAP'S ADECUADAS	MUJERES ( $\bar{X}$ )	HOMBRES ( $\bar{X}$ )
<b>Salud Sexual</b>		
Conocimientos adecuados	70,2	69,7
Actitudes adecuadas	58	54
<b>Salud Reproductiva</b>		
Conocimientos adecuados	67	64,8
Actitudes adecuadas	56,8	57,2
Prácticas adecuadas	54,6	61,8
<b>VIH/SIDA/ETS</b>		
Conocimientos adecuados	74,1	72,8
Actitudes adecuadas	75	70,3
Prácticas adecuadas	94,7	88,8
<b>Uso del condón</b>		
Conocimientos adecuados	59,2	69
Actitudes adecuadas	63	52
Prácticas adecuadas	53,05	57,6

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C

$\bar{X}$  de CAP's adecuados en SSR mujeres = 65.9 %

$\bar{X}$  de CAP's adecuados en SSR hombres = 65.2 %

Mediante el análisis de la Tabla N° 15 podemos identificar que los promedios de CAP's "adecuadas" visto todos los ámbitos, muestran cifras casi similares, con una diferencia mínima en favor de las mujeres **65.9 % a 65.2 %**. Ya en ámbitos diferenciados se observa que, en lo atinente a la Salud Sexual las mujeres muestran mejores CAP's, 64,1% frente a 61,8% de los hombres. En el caso de la Salud Reproductiva, se observa una ligera diferencia en favor de los hombres que muestran cifras de CAP's "adecuados" del orden del 61,2%, frente a 59,4% de las mujeres, estableciéndose la mayor diferencia en el rubro de las



Prácticas. En cuanto, al tema de VIH/SIDA/ETS se vuelve a ver que las mujeres esgrimen cifras superiores a los de los varones con 81,2%, frente a 77,3% de los varones, siendo la diferencia más pronunciada cuando se analiza el rubro de Prácticas “adecuadas”.

Finalmente, al analizar la categoría Uso del condón se comprueba que las cifras de CAP’s “adecuadas” son ligeramente superiores en favor de los hombres con 59,5%, frente a 58,4% de las mujeres.



**Tabla N°. 16. Conocimientos, Actitudes y Prácticas “adecuadas” en Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ETS, uso de condón, según nivel socioeconómico**

CAP'S ADECUADAS	ALTO (n=127)		MEDIO ALTO (n=224)		MEDIO TÍPICO (n=279)		MEDIO BAJO (n=31)		BAJO (n=19)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Conocimientos adecuados sobre salud sexual	85	66,9	163	72,8	189	67,7	20	64,5	12	63,2
Actitudes adecuadas hacia la salud sexual	74	58,3	132	58,9	150	53,7	14	45,2	12	63,2
<b>X de PROMEDIOS</b>	<b>X=62,6%</b>		<b>X= 66,3%</b>		<b>X= 60,7%</b>		<b>X=54,8%</b>		<b>X= 63,2%</b>	
Conocimientos adecuados sobre salud reproductiva	94	74	172	76,8	194	69,5	20	64,5	14	73,7
Actitudes adecuadas hacia la salud reproductiva	74	58,3	156	69,6	180	64,5	19	61,3	9	47,4
Prácticas adecuadas sobre salud reproductiva	64	50,4	119	53,2	126	45,2	14	45,2	10	52,6
<b>X de PROMEDIOS</b>	<b>X=60,9%</b>		<b>X= 66,5%</b>		<b>X=59,7%</b>		<b>X=57%</b>		<b>X=57,9%</b>	
Conocimientos adecuados sobre ETS-VIH/SIDA	95	74,8	172	76,8	197	70,6	22	70,9	13	68,4
Actitudes adecuadas hacia ETS-VIH/SIDA	95	74,8	179	79,9	202	72,4	22	70,9	13	68,4
Prácticas adecuadas frente al ETS-VIH/SIDA	80	62,9	147	65,5	160	57,3	19	61,3	13	68,4
<b>X de PROMEDIOS</b>	<b>X=70,8%</b>		<b>X=74%</b>		<b>X= 66,7%</b>		<b>X=67,7%</b>		<b>X=68,4%</b>	
Conocimientos adecuados sobre el uso del condón	81	63,8	157	70,1	176	63,1	17	54,8	13	68,4
Actitudes adecuadas hacia el uso del condón	72	56,7	140	62,5	159	56,9	14	45,2	11	57,9
Prácticas adecuadas sobre uso de condón	63	49,6	98	43,7	106	37,9	12	38,7	11	57,9
<b>X de PROMEDIOS</b>	<b>X=56,7%</b>		<b>X= 58,7%</b>		<b>X=52,6%</b>		<b>X=46,2%</b>		<b>X= 61,4%</b>	

Fuente: Base de datos

Autora: Parra, C.

En la Tabla N° 16 se observa la relación existente entre CAP's y el Estrato Socioeconómico al cual pertenecen los sujetos investigados. Para el efecto se consideraron únicamente aquellos Conocimientos, Actitudes y Prácticas calificadas como de “adecuadas”, encontrándose que las mismas se encuentran presentes en mayor porcentaje, en el grupo de investigados del estrato Medio Alto.



Para términos de análisis nos referimos a las cifras que constituyen los promedios de los promedios pertenecientes al estrato Medio Alto, así podemos ver que los porcentajes para esta categoría se ubican de la siguiente forma: 66,3% de personas que poseen Conocimientos y Actitudes “adecuadas” hacia la Salud Sexual, 66,5% de sujetos que mantienen CAP’s “adecuados” hacia la Salud Reproductiva, 74% tienen CAP’s “adecuados” frente a las VIH/SIDA/ETS y el 58,7% se manejan con CAP’s adecuados en relación al Uso del condón.



#### 4.7 Discusión

La Salud Sexual, al igual que el resto del estudio, fue abordado desde la perspectiva de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Así, al analizar los Conocimientos, se reveló que no existe mayor diferencia entre mujeres y hombres. Los Conocimientos “adecuados” de unos y otros están en el orden del 70,2% y 69,7%. En cuanto a las Actitudes “adecuadas”, estas caracterizan al 58% de las mujeres y al 54% de los hombres. Al respecto Vargas Ruiz(2007) indagando los CAP’s en Salud Sexual y Reproductiva de estudiantes de Universidad Nacional de Costa Rica encontró que el 74,4% de mujeres y el 80,1% de los hombres gozan de Conocimientos “adecuados”, en tanto que las Actitudes “adecuadas” caracterizaban al 66,1% de mujeres y 62,3% de hombres.

Se evidencia también que la Actitud de temor frente a la posibilidad de adquirir ETS, el embarazo o el VIH/SIDA es más manifiesta en las mujeres, en tanto que en los hombres esta situación se da con respecto al embarazo y al VIH/SIDA.

En cuanto a las Prácticas, el estudio mostró que un 46% eran personas sexualmente activas sin que se adviertan diferencias entre mujeres y hombres. No respondieron a esta pregunta 216 de 680 personas, es decir el 31,8%, de las cuales las tres cuartas partes fueron mujeres. Lo observado plantea el probable carácter vergonzante de la interrogación y la necesidad de generar nuevas investigaciones sobre lo señalado.

De modo general se puede manifestar que los mejores Conocimientos y Actitudes se observaron en el Estrato Socioeconómico Medio Alto y los peores en el Medio Bajo. Al respecto, señalamos el estudio de Díaz, Arrieta & González (2014) “Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios



en Cartagena, Colombia, 2012”, en donde se plantea que los problemas en la Salud Sexual y Reproductiva se identifican en los Estratos Socioeconómicos más bajos.

El campo de la Salud Reproductiva, en lo atinente a Conocimientos “adecuados”, se observan cifras bastante cercanas entre mujeres y hombres, siendo 67,5% y 64,8% respectivamente. Estos Conocimientos son menores cuando se evalúan mediante afirmaciones falsas.

Las Actitudes “adecuadas” caracterizan al 56,8% de las mujeres y 57,2% de los hombres, en tanto que las Prácticas “adecuadas” son ejecutadas por el 54,6% de las mujeres y el 61,8% de los hombres. En suma, se pone de manifiesto que a pesar de que los sujetos investigados muestran mejores cifras en Conocimientos “adecuados”, estas no se reflejan en Actitudes y Prácticas “adecuadas”. Finalmente, se pone en evidencia que, de modo general, los mejores Conocimientos, Actitudes y Prácticas están presentes en los Estratos Socioeconómicos Alto y Medio Alto.

A propósito, el estudio colombiano de González (2009) señala que las mujeres tienen mejores conocimientos sobre anticoncepción, en tanto que Díaz, Arrieta & González (2014), del mismo país, revela que los mayores problemas en cuanto a Conocimientos en Salud Reproductiva se presentan en mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

No menos importante resulta la observación de los investigadores colombianos Ruiz, Beltrán, Latorre, & Ruiz (2010), revelaron que a pesar de que los estudiantes de Medicina tienen Conocimientos en temas de cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva no hay diferencias en cuanto al Uso del Condón, prácticas anticonceptivas, presencia de ITS, antecedentes de embarazo, ni prácticas de autocuidado con otros jóvenes que no poseían el



mismo conocimiento. El estudio concluye en que los jóvenes que pertenecen a las clases socioeconómicas más altas, tienen conocimientos limitados y exhiben conductas de riesgo.

Destacamos también el estudio de Rodríguez, Sanabria, Contreras, & Perdomo (2013) mismo que investigando el tema “Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios” en la Habana – Cuba, reveló la existencia de falencias en cuanto a los Conocimientos relacionados con la Salud Sexual, métodos anticonceptivos y medidas de prevención para no contraer una ETS, señalando que sobresalen Actitudes impregnadas por la falta de valores, estereotipos y aspectos culturales.

Al investigar sobre VIH/SIDA, se evidencia que los Conocimientos “adecuados” caracterizan al 74,1% de las mujeres y al 72,8% de los hombres. Las Actitudes “adecuadas” al 75% de mujeres y 70,3% de varones. Finalmente, las Prácticas “adecuadas” son ejecutadas elevado porcentaje de mujeres, alcanzando la cifra de 94,7%, frente a 88,8% de los hombres. En todos los casos, se observan mejores cifras en mujeres a la vez que se constituyen en los rubros más altos encontrados en el estudio. A propósito mencionamos el estudio de Cardona Arias, Hernández, Suárez, & Zapata(2015), quienes estudiando los CAP’s sobre VIH-SIDA concluyen que los hombres son el grupo de más riesgo para contraer ETS y VIH-SIDA, advirtiendo que el hecho probablemente esté ligado a patrones machistas que direccionan su vivencia sexual y que se contraponen a una mayor conciencia de las mujeres para ejercer el autocuidado de su salud.

A propósito, Mosquera & Mateus (2003) al investigar los “Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes” realizado en Palmira – Colombia, señala la existencia vacíos de conocimiento en cuanto a las formas de infección y maneras de evitar el contagio de ETS y VIH-SIDA. En este mismo ámbito, Gómez, y cols. (2014) investigando la Salud Sexual y



Reproductiva en estudiantes universitarios de Cartagena, encontró que los jóvenes estaban muy desinformados sobre formas de transmisión del VIH, pruebas serológicas para la detección de ETS y conductas sexuales de riesgo.

Al analizar estos CAP's y su relación con la estratificación social, se observa que los mejores Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA, los esgrimen aquellos/as jóvenes de los Estratos Medio Alto con 74% y Alto con 70,8%.

Los CAP's sobre Uso del Condón muestran una diferencia importante en cuanto a Conocimientos "adecuados" entre mujeres 59,2% y hombres 69%. Al respecto, Mosquera & Mateus (2003) en un estudio sobre "Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes" realizado en Palmira – Colombia, encontró que el 81.9% de los/as jóvenes tenían Conocimiento y hacían Uso del Condón.

Así mismo, las Actitudes "adecuadas" caracterizan al 63% de las mujeres y al 52% de hombres. En cuanto a Prácticas "adecuadas", estas son ejecutadas por el 53,05% de mujeres y 57,6% de hombres. En suma, los hombres esgrimen mejores cifras de Conocimientos y Prácticas, no así de Actitudes.

Los mismos CAP's analizados desde la perspectiva del Estrato Socioeconómico deja entrever que, con excepción de la cifra de CAP's "adecuados" que muestra el estrato Bajo 61,4%, probablemente influenciado por la población que se maneja en este componente (19 observaciones), son los estratos Medio Alto y Alto en donde se observan los valores más importantes, con 58,7 % y 56,7% respectivamente.



## V. Conclusiones

- Se investigaron los CAP's en Salud Sexual y Reproductiva de 680 estudiantes de 12 carreras de la Universidad de Cuenca, de ellos 55.4% son mujeres y 44,6% hombres, cifra que se acerca a aquella de la conformación poblacional de la Institución en cuestión. El 94,1 % de los sujetos estudiados se encontraban en el rango de edad entre 18-24 años. El 90% son solteros/as. La mayoría procede de la Sierra el 74%, evidenciándose una procedencia costeña en el 21,2%. La religión Católica es profesada por el 65,9% de los investigados/as.
- En cuanto al componente socioeconómico el 73,9% proviene de los estratos Medio Alto y Medio Típico. Un importante número de sujetos provienen del Estrato Alto 18,7%. Se evidencia también la poca presencia de estudiantes de los estratos Medio Bajo y Bajo que juntos suman un total de 7,4%, dejando entrever, el acceso inequitativo a la educación superior.
- En términos globales se puede señalar que las cifras de CAP's "adecuados", son bastante similares entre mujeres y hombres, con una pequeña diferencia en favor de las primeras.
- Las mujeres esgrimen mejores cifras de CAP's "adecuados" en los rubros de Salud Sexual y en VIH/SIDA/ETS, en tanto que los hombres evidencian mejores promedios en Salud Reproductiva y Uso del Condón
- Las cifras más altas de CAP's "adecuados" en Salud Sexual y Reproductiva se observan en el Estrato Socioeconómico Medio Alto.



- Por rubros, los CAP's "adecuados" en Salud Sexual, Salud Reproductiva y VIH/SIDA/ETS muestran mejores cifras en el Estrato Socioeconómico Medio Alto. En el rubro Uso del Condón, la cifra más alta de CAP's "adecuados" caracteriza al Estrato Socioeconómico Bajo, lo que podría explicarse por el tamaño de la población. La cifra es seguida muy de cerca, nuevamente, por aquella del estrato Medio Alto.



## VI. Recomendaciones

- La Salud Sexual y Reproductiva debería ser una línea de investigación de la Universidad de Cuenca.
- Se deberían impulsar procesos investigativos sobre esta temática en otros contextos culturales.
- Impulsar procesos investigativos sobre Salud Sexual y Reproductiva en otros grupos etarios.
- Se debería impulsar el desarrollo de cátedras de Salud Sexual y Reproductiva en todas las Facultades de la Universidad de Cuenca.
- Es importante gestionar la formación de talentos humanos para el abordaje de la temática.
- Es preciso desarrollar procesos de reflexión y análisis sobre contenidos y metodologías de cara a la implementación de cátedras de Salud Sexual y Reproductiva.
- Utilizar la información de la presente investigación, con la finalidad de alimentar propuestas de información, educación y comunicación sobre el tema.
- El enfoque de género debería constituirse en eje transversal de las propuestas planteadas.



## VII. Referencias bibliográficas

- Bahamón, M., Vianchá, M., & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde El Caribe*, 327-353.
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L., & Posada, I. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud . *Salud Pública México*, 252-259.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Eudeba.
- Cardona Arias, J., Hernández, J., Suárez, G., & Zapata, W. (2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en estudiantes de educación media de Medellín. *Archivos de Medicina*, 1-10.
- Chávez, E., & Castillo, R. (2013). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *Multimed*, 189-213.
- Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents. CERCA. (2011). *Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Documento de referencia*. Ecuador. Cuenca.
- Condor, S., & Antaki, C. (2000). Cognición social y discurso. En T. Dijk, *El discurso como estructura y proceso* (págs. 453-489). Barcelona: Gedisa.
- Díaz, S., Arrieta, K., & Farith, G. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 22-31.
- Freire, W., Ramírez, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva, K., Romero, N., . . . Monge, R. (2013). *RESUMEN EJECUTIVO. TOMO I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013*. Quito: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Gómez, D., Ochoa, M., Canchila, C., Ramos, E., Salgado, G., & Malambo, D. (2014). Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 660-672.
- González, J. (2009). Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la sexualidad en una Población Adolescente Escolar . *Revista de Salud Pública*, 14-26.
- INFOSIDA. (12 de marzo de 2019). *Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.* Obtenido de infoSIDA: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Quito: INEC.



- Jácome, J. (2017). *Conocimiento y uso del método anticonceptivo de barrera masculino y su relación con factores socioculturales en estudiantes de primero a sexto semestre de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Quito.
- Lam, D., & López, N. (2016). Análisis de la enseñanza y aprendizaje sobre el VIH y SIDA en los estudiantes de último año de la carrera de medicina de dos universidades de Nicaragua, UAM y UNAM-León, en el año 2013. *Universidad Autónoma de Nicaragua, León*, 1-54.
- López Romo, H. (2009). Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto. *Instituto de Investigaciones Sociales*, 1-44.
- Marzán, M., & Varas, N. (2010). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. *Author manuscript*.
- Mendoza, A., De León, R., Martínez, L., Chamorro, F., Chur, E., Rodríguez, F., . . . Sandoval, I. (2013). Inequidades en la Salud Sexual y Reproductiva de la mujeres indígenas de Panamá. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 15-20.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública.
- Mosquera, J., & Mateus, J. C. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, 206-212.
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Santiago: Copyright. Naciones Unidas.
- Núñez, G., Ponce, P., & Woolfolk, L. (2015). La sexualidad en el desarrollo: hacia una visión inclusiva. *Revista Interdisciplinaria de estudios de género*, 56-81.
- OMS. (21 de febrero de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.
- ONUSIDA. (12 de marzo de 2019). *ONUSIDA*. Obtenido de <http://www.unaids.org/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (19 de julio de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Palomino, P., Grande, M. L., & Linares, M. (2014). LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 71-91.



- Peláez, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.*
- Pernaz, G., & Cárcamo, C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la infección por VIH/SIDA. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 667-672.
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 201-220.
- Ríos, A. (2014). Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de la mujeres en contextos de prostitución. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9-24.
- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M., & Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 161-174.
- Ruiz, Á., Beltrán, J., Latorre, C., & Ruiz, J. (2010). ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de Medicina? Estudio de corte transversal. Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 121-128.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panameña de Salud Pública*, 302-309.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2006). Actitudes: Definición y Medición. Componentes de la Actitud. Modelo de Acción Razonada y Acción Planificada. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos, & E. Zubieta, *Psicología Social, Cultura y Educación* (págs. 293-329). Alhambra: Pearson.
- van Dijk, T. (2016). Estudios Críticos del Discurso: Un enfoque sociocognitivo. *Discurso y sociedad*, 137-162.
- Vargas Ruiz, R. (2007). *Proyecto integrado "La salud sexual y la salud reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional"*. Costa Rica: Heredia.
- Vera Romero, O., & Vera Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. cuerpo méd.*, 41-45.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós.
- Whittaker, J. (2013). Actitudes. En J. Whittaker, *La Psicología Social en el mundo de hoy* (págs. 237-262). México: Trillas.



VIII. Anexos

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
Variable	Dimensión	Indicador	Desagregación	Técnica
Edad	Cronológica	Número de años cumplidos	18-19 20-24 25 y más	Encuesta
Sexo	Biológica	Sexo biológico	Mujer Hombre	
Estado civil	Social	Situación actual de pareja	Soltero/a, casado/a, viudo/a divorciado/a, unión de hecho	
Procedencia	Geográfica	Testimonio de procedencia	Costa, Sierra, Oriente, Región Insular, Extranjero	
Religión	Cultural	Testimonio de religión profesada	Católica, Testigo de Jehová, Evangélico, Mormón, Ninguna, Otra.	
Facultad	Académica	Matrícula en una Facultad	Arquitectura y urbanismo, Artes, Ciencias Agropecuarias, Ciencias de la Hospitalidad, Ciencias Económicas y Administrativas, Ciencias Médicas, Ciencias Químicas, Filosofía, Ingeniería, Ciencias Políticas y Sociales, Odontología, Psicología.	
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva	Sociocultural	Conocimientos Actitudes Prácticas	Salud sexual Salud reproductiva VIH/SIDA/ETS Uso del condón	Encuesta de CAP's en Salud Sexual y Reproductiva
Estrato socioeconómico	Socioeconómica	Vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, educación y economía	A (alto) B (medio alto) C+ (medio típico) C- (medio bajo) D (bajo)	Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico



## ANEXO 2

## ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, 2018

La presente encuesta es parte de un proyecto investigativo académico. Solicitamos comedidamente su colaboración, y lo invitamos a contestar las preguntas aquí planteadas. Por favor NO deje preguntas sin responder.

Facultad ..... Edad.....Sexo:  
 Mujer.....Hombre..... No.....  
 E. Civil Soltera/o.....Casada/o.....Viuda/o.....Divorciada/o.....Unión de hecho.....  
 Procedencia Costa.....Sierra.....Oriente.....Región Insular.....Extranjero.....  
 Religión Católica.....Testigo de  
 Jehová.....Evangélico.....Mormón.....Ninguna.....Otra.....

N°	Código	PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, INDIQUE SI SON CIERTAS, FALSAS O NO SABE	CIERTO	FALSO	NO SABE
36	SRC04	La ducha vaginal previene el embarazo			
37	VSC23	La gonorrea es una infección de transmisión sexual			
38	SRC02	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo			
39	SSC10	El sexo debe ser para tener hijos			
40	SSC05	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas			
41	COC13	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos			
42	COC07	El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas			
43	VSC07	Cuando una persona desarrolla el SIDA padecerá de un conjunto de enfermedades que le pueden causar la muerte			
44	COC11	Los condones se pueden llevar en las billeteras			
45	SRC03	Las píldoras anticonceptivas causan cáncer			
46	VSC01	VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana			
47	VSC09	El VIH es un virus que puede estar en el agua			
48	COC04	El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual			
49	VSC08	El VIH es un virus que puede estar en el aire			
50	VSC20	Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA			
51	VSC18	El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo			
52	SSC04	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen			
53	VSC14	La única forma de conocer si una persona está infectada con el VIH/SIDA es con un examen de laboratorio			



54	COC02	Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación			
55	VSC25	La sífilis es una infección de transmisión sexual			
56	SSC03	Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres			
57	VSC12	El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada			
58	VSC02	El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico de las personas			
59	VSC04	El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual			
60	SSC06	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres			
61	VSC26	Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado			
62	SRC13	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos			
63	VSC03	El sistema inmunológico es el encargado de defender al cuerpo humano de cualquier bacteria, virus, parásito, hongo o agente que produzca enfermedades			
64	VSC15	Una persona puede infectarse con el VIH/SIDA al tener relaciones sexuales sin protección			
65	SRC12	Tengo acceso a información sobre planificación familiar			
66	SRC10	Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual			
<b>Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si con ciertas, falsas o no sabe</b>			<b>CIERTO</b>	<b>FALSO</b>	<b>NO SABE</b>
67	SRC08	La salud reproductiva es tener las relaciones sexuales de forma libre y responsable			
68	SSC01	La sexualidad está limitada a la genitalidad			
69	VSC11	El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada			
70	COC15	El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón			
71	COC01	El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH			
72	SRC09	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada			
73	SRC06	El control médico de la mujer embarazada es muy importante para la salud de la madre y del hijo			
74	VSC17	Una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH			
75	SRC01	Una muchacha puede embarazarse por usar un baño público			
76	VSC10	El VIH puede transmitirse por medio de la picadura de un mosquito			
77	SRC11	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos			
78	SSC07	Tengo derecho a una práctica sexual plena y enriquecedora			
79	COC05	El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad			
80	VSC05	SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			
81	COC06	El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene			
82	SRC07	La salud reproductiva implica tener hijos en el momento que se considere oportuno			



83	SSC08	En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja			
84	VSC21	El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo			
85	VSC06	El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo			
86	VSC19	El SIDA no tiene cura			
87	SSC02	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico			
88	COC12	El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante			
89	SRC05	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos			
90	COC10	Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto			
91	SSC11	El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas			
92	COC08	El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol			
93	SSC09	El acto sexual es mejor cuando se toma licor			
94	VSC16	El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA			
95	VSC13	El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada			
96	COC03	Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua			
97	COC14	Sé cómo se usa correctamente el condón			
98	COC09	Los condones deben ser guardados en lugares frescos			
99	COC16	Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales			
100	VSC27	La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado			
101	VSC22	Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida			
102	VSC28	Cualquier persona puede infectarse con el VIH/SIDA			
103	VSC24	La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual			

PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, INDIQUE SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO, DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
104	SSA16	Un hombre puede esperar que su novia o esposa le sea siempre fiel					
105	SSA14	Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"					
106	SSA11	Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA					



107	SSA06	La mujer vale más cuando es virgen					
108	VSA06	Si tuviera razones para creer que tengo la infección con el VIH me haría la prueba					
109	SSA15	Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"					
110	SRA05	Puedo acudir a los servicios de salud sin temor					
111	VSA08	Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual					
112	VSA07	Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA					
113	SSA05	La masturbación causa acné					
114	COA05	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón					
115	SSA04	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres					
116	COA07	Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón					
117	VSA01	Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial					
118	SSA07	El hombre vale más cuando es virgen					
119	SRA03	Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos					
120	SRA01	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual					
121	COA03	Cuando se usa el condón no se siente nada					
122	SSA08	El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer					
123	COA04	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón					
124	SSA13	La masturbación la practican exclusivamente los hombres					



125	VSA03	Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con VIH					
126	COA08	Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón					
127	SRA04	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada					
128	SRA02	Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella					
129	VSA02	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH					
130	COA06	La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es "muy jugada"					
131	SSA20	Masturbarse es pecado					
132	SSA02	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres					
133	COA02	Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza					
134	SSA21	Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales					
<b>PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, INDIQUE SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO, DE ACUERDO, NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO, EN DESACUERDO O TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>			<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
135	VSA04	La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece					
136	SSA19	Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case					
137	SSA18	Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo					
138	COA01	Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón					



139	SSA17	El acto sexual siempre debe culminar con la penetración					
140	SSA10	Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual					
141	SSA01	Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio					
142	SSA12	Me da vergüenza hablar sobre sexo					
143	SSA09	Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo					
144	VSA05	El SIDA es una enfermedad de prostitutas					
<b>PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES, INDIQUE SI LO HACE SIEMPRE, CASI SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA O NUNCA</b>			<b>Siem- pre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
145	SRP04	Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades					
146	SRP02	Me informo sobre planificación familiar					
147	SSP01	Me masturbo					
148	SRP01	Me informo sobre métodos anticonceptivos					
149	VSP05	Consumo drogas inyectables					
150	SRP03	Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo					
151		Ya he tenido relaciones sexuales	<b>SÍ ( )</b>	<b>NO ( ) PASE A LA PREGUNTA 165.</b>			
<b>Para cada una de las siguientes afirmaciones indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca</b>			<b>Siem- pre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
152	SSP02	Practico el sexo oral					
153	COP01	Uso el condón en mis relaciones sexuales					
154	SRP07	Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales					
155	COP03	Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto					
156	SRP06	Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales					



157	COP02	Tengo relaciones sexuales sin usar el condón					
158	COP04	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo					
<b>RESPONDA AFIRMATIVA O NEGATIVAMENTE A LO SIGUIENTE</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
159	SSP03	Soy una persona sexualmente activa					
160	VSP02	He tenido alguna infección de transmisión sexual					
161	SRP05	Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual					
162	VSP03	He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades					
163	VSP04	He pagado para tener relaciones sexuales					
164	VSP01	En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual					

165

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO 3

## CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

## CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1. Cuál es el tipo de su vivienda?

Suite de lujo	59
Cuarto (s) en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/ Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/covacha/otro	0

2. El material predominante de las paredes de la vivienda es de:

Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ tapial	47
Caña revestida/bahareque/madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0

3. El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra/ Caña / Otros materiales	0

4. Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene su hogar?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	24
Tiene 3 cuartos de baño exclusivos con ducha	32

5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:

No tiene	0
Letrina	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	18
Conectado a pozo ciego	18
Conectado a pozo séptico	22
Conectado a red pública de alcantarillado	38

## ACCESO A TECNOLOGÍA

1. Tiene su hogar servicio de internet?

No	0
Si	45

2. Tiene computadora de escritorio?

No	0
Si	35

3. Tiene computadora portátil



No	0
Si	39

## 4. Cuántos celulares activados tienen en su hogar?

No tiene celular nadie en su hogar	0
Tiene 1 celular	8
Tiene 2 celulares	22
Tiene 3 celulares	32
Tiene 4 o más celulares	42

**POSESIÓN DE BIENES**

## 1. Tiene su hogar servicio de teléfono convencional?

No	0
Si	19

## 2. Tiene Cocina con horno?

No	0
Si	29

## 3. Tiene refrigerador?

No	0
Si	30

## 4. Tiene lavadora?

No	0
Si	18

## 5. Tiene equipo de sonido?

No	0
Si	18

## 6. Cuántos Tv a color tiene en su hogar?

No tiene TV a color	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 o más TV a color	34

## 7. Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene el hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	6
Tiene 2 vehículos exclusivos	11
Tiene 3 o más vehículos exclusivos	15

**HÁBITOS DE CONSUMO**

## 1. Alguien de su hogar compra vestimenta en centros comerciales?

No	0
Si	6

## 2. En el el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

No	0
Si	26

## 3. En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?



No	0
Si	27

4. En el hogar alguien está registrado en una red social?

No	0
Si	28

5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo: Alguién del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No	0
Si	12

#### NIVEL DE EDUCACIÓN

1.Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?

Sin estudios	0
Primaria incompleta	21
Primaria completa	39
Secundaria incompleta	41
Secundaria completa	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 o más años de educación superior (sin post grado)	127
Post grado	171

#### ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL HOGAR

1. Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

No	0
Si	39

2. Alguien el el hogar tiene seguro de salud privado con hospitalización, seguro de salud privado sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales o de Consejos Provinciales y /o seguro de vida?

No	0
Si	55

3.Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales del nivel medio	46
Empleados de oficina	31
Trabajador de servicio y comerciantes	18
Trabajador calificado agropecuarios y pesqueros	17
Oficiales, operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17
<b>TOTAL</b>	



## ANEXO 4



### UNIVERSIDAD DE CUENCA

#### FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

#### MAESTRÍA EN GÉNERO, DESARROLLO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva según Estrato Socioeconómico de estudiantes de la Universidad de Cuenca, 2018”

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En mi calidad de estudiante de la Universidad de Cuenca, con CI No. ...., luego de conocer y entender el proyecto de investigación: “Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva según Estrato Socio Económico de estudiantes de la Universidad de Cuenca, 2018”, habiendo sido informado de que mi participación consistirá en:

1. Responder un cuestionario de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud sexual y reproductiva.
2. Proporcionar datos respecto a mis condiciones socioeconómicas.

Doy cuenta de que he sido informado que los datos que yo proporcione, serán tratados con absoluta confidencialidad, de forma anónima y utilizados únicamente con fines estadísticos.

Una vez que he comprendido todo el proyecto, libre y voluntariamente doy mi consentimiento para que me considere como sujeto de esta investigación. Queda claro que el presente proyecto no representa riesgos de afectación o daño a mi persona ni tampoco a terceros.

.....

PARTICIPANTE

.....

INVESTIGADORA